Rok XXXII. Kraków, 16. Grudnia 1893. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu.

Podał

Dr. Jan Prus we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49.)

Kończyna górna lewa.

Wielki palec jest krótszy, niż prawy, nad miarę wyprężony; długość 1·7 cm. (0·4 + 1·3). Obwód falangi pierwszej 5·4 cm., obwód falangi drugiej 5 cm. Szerokość paznogcia 1·2 cm, długość 0·7 cm. Na skórze po stronie grzbietowej, w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą, znajduje się plama biała, poprzecznie przebiegająca (na 1 cm. długa, 0·2 cm. szeroka). Tak po stronie grzbietowej, jak i dłoniowej znajdują się dwa rowki, odpowiadające przegubom. Rowki te są blisko siebie (w odległości 0·2 cm.) po stronie grzbietowej; oddalenie ich zaś po stronie dłoniowej wynosi 0·9 cm. Bierna ruchomość możliwa w stawie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą do 50° we wszystkich kierunkach. Pomiędzy falangą pierwszą a drugą ruchomość zniesiona (*ankylosis*). Czynne ruchy palcem wielkim: abdukcya i addukcya do 20°, zginanie i prostowanie w stawie wspomnionym możliwe w zakresie do 10°.

Palec wskazujący zniekształcony. Falanga pierwsza znacznie zgrubiała; falanga druga zbacza cokolwiek ku stronie małego palca; falanga trzecia miernie zanikła, zrosła z falangą drugą. W okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą po stronie grzbietowej znajduje się plama biała, gwiazdkowata na 1 cm. długa, 0·7 szeroka; również w okolicy stawu pomiędzy falangą pierwszą a drugą jest plamka biała, poprzeczna o 0·5 cm. długości. Na skórze falangi trzeciej, mianowicie na opuszce palca, tuż pod paznogciem przebiega wyraźna blizna w kierunku od paznogcia do środka opuszki, znacznie wgłąb skóry wciągnięta. Długość palca wskazującego 2·5 cm. (1.3 + 0.7 + 0.5) obwód falangi pierwszej 7 cm., drugiej 4 cm., trzeciej 3·5 cm. Szerokość paznogcia 0·6 cm., długość 0·4 cm. Od strony grzbietu widoczny jest tylko jeden, wyraźny rowek poprzeczny (w okolicy przegubu pomiędzy falangą pierwszą a drugą), po stronie dłoni zaś znajdują się trzy wybitne rowki. W stawie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą, oraz w stawie między falangą drugą a trzecią, nie można wykonać żadnego ruchu biernego (*ankylosis*). Zgięcie i wyprostowanie bierne w stawie pomiędzy falangą pierwszą a drugą możliwe do 15°. Z ruchów czynnych możliwa tylko abdukcya i addukcya w zakresie 5°.

Palec środkowy okazuje najwybitniejsze zniekształcenie a przede wszystkiem nieprawidłowe zgięcie falang. Falanga pierwsza zbacza nieco ku stronie palca małego; falanga druga zgięta pod kątem 45° ku stronie palca wielkiego; falanga trzecia zbacza znów nieco (5°) od kierunku falangi drugiej ku stronie palca małego. Długość palca 3 cm. (1·5 + 1 + 0·5). Obwód falangi pierwszej 6 cm., drugiej 5·6 cm., trzeciej 2·4 cm. Szerokość paznogcia 0·6 cm., długość 0·3 cm. Na skórze po stronie grzbietowej, w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą, widoczna plama biała, gwiazdkowata na 1 cm. długa, 0·5 szeroka. Skóra na granicy między falangą pierwszą a drugą zgrubiała i odbarwiona na znaczniejszym obszarze okazuje jeden poprzeczny rowek; po stronie zaś dłoniowej widoczne są 3 rowki w odpowiednich przegubach. Ruchy bierne możliwe w stawie przy nasadzie palca we wszystkich kierunkach; najłatwiej wykonać można zgięcie palca (aż do 20°). W stawie pomiędzy falangą pierwszą a drugą zgięcie i wyprostowanie bierne zaledwie możliwe w zakresie 10°. Pomiędzy falangą drugą a trzecią staw nieruchomy. Z ruchów czynnych możliwy ślad abdukcyi i addukcyi (2°) i cokolwiek (5°) zgięcie w stawie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą.

Palec czwarty. Falanga pierwsza, zgięta ku stronie dłoni, tworzy z kością śródręcza kąt mniej więcej 36° i zbacza nieco ku stronie palca małego. Falanga druga jest nadmiernie wyprężona, zbaczając od kierunku falangi pierwszej pod kątem blisko 80° ku stronie grzbietowej i jest cokolwiek nachylona ku stronie palca małego. Falanga trzecia zrosła z falangą drugą w jej przedłużeniu. Długość palca 2·8 (0·8 + 1 + 1). Obwód falangi pierwszej 6 cm., drugiej 4·5 cm., trzeciej 3·7 cm. Szerokość paznogcia 0·9 cm., długość 0·5 cm. W okolicy stawu, przy nasadzie palca i na wszystkich falangach po stronie grzbietowej znachodzą się ledwie dające się odróżnić nieregularne plamki białawe. Pomiędzy falangą pierwszą a drugą na skórze po stronie grzbietowej wybitny rowek poprzeczny; po stronie zaś dłoniowej znajdują się trzy rowki odpowiadające przegubom. Ruchy bierne: w stawie między kością śródręcza a falangą pierwszą możliwe tylko zgięcie do 10°, między pierwszą a drugą możliwe jest zgięcie do tego stopnia, że nadmierne wyprężenie w tym stawie zupełnie znika (a więc 80°); staw między falangą drugą a trzecią zesztywniały. Ruchy czynne: bardzo słaba abdukcya i addukcya (1°), nieznaczne zgięcie w stawie przy nasadzie palca (20°).

Palec mały. Długość 2 cm. (1 + 0·5 + 0·5). Obwód falangi pierwszej 4·5 cm., drugiej 3·9 cm., trzeciej 2·8 cm. Szerokość paznogcia 0·6 cm., długość 0·3 cm. Falanga pierwsza zrosła prawie z kością śródręcza w pozycyi zgiętej ku dłoni pod kątem 30° (zupełnie nieruchoma). Falanga druga i trzecia zbaczają od kierunku falangi pierwszej tak, że ich kierunek równa się prawie kierunkowi kości śródręcza. W okolicy stawu, przy nasadzie palca małego po stronie grzbietowej, jest znaczniejsza plamka, biała, gwiazdkowata, o średnicy 1 cm. Na falandze drugiej i trzeciej nieznaczne odbarwienie skóry. Od strony grzbietowej widoczny jeden rowek poprzeczny, odpowiadający przegubowi pomiędzy falangą pierwszą a drugą; po stronie zaś dłoniowej znajdują się trzy rowki. W stawie między falangą pierwszą a drugą możliwe tylko wyprostowanie (bierne do 40°, czynne do 15°); inne stawy palca małego unieruchomione.

Kości śródręcza zgrubiałe. Długość dłoni 5 cm., szerokość 6.5 cm. Skóra na grzbiecie śródręcza brunatna, lśniąca nie daje się ująć w fałd. Powierzchowna warstwa skóry jest nieco przesuwalna, przyczem tworzy wiele bardzo drobniutkich zmarszczek. Głębsze warstwy skóry i tkanki podskórnej wybitnie obrzmiałe, dosyć twarde. Za uciskiem powstaje wyraźny dołek, długo się utrzymujący. Skóra na dłoni cienka, delikatna, o prawidłowem zabarwieniu, bardzo pulchna (lecz nie obrzmiała). *Thenar* poduszkowaty stanowi prawie połowę dłoni; *antithenar* wyraźnie odgraniczony, jak niemniej fałd skóry pomiędzy nasadami palców a rowkiem przebiegającym na poprzek dłoni. Kości wchodzące w skład stawu nadgarstkowego znacznie zgrubiałe. Ruchomość w tym stawie nadzwyczaj ograniczona. Gdy z biernych ruchów możliwe są: zgięcie ku dłoni do 10° i addukcya tak ku stronie kości sprychowej, jak i kości łokciowej do 5°, może chora wykonać dowolnie zaledwie tylko słabe zgięcie ku stronie dłoni (2°).

Przedramię długości 22 cm.; obwód przedramienia powyżej stawu nadgarstkowego 15 cm., w bliskości stawu łokciowego 15 cm. Mięśnie zanikłe, chociaż cokolwiek w mniejszym stopniu, niż po stronie prawej. Skóra mocno napięta, sucha; w okolicy stawu łokciowego obrzmiała. Rowek, w którym przebiega nerw łokciowy, trudno wyczuwalny. Staw łokciowy unieruchomiony pod kątem prawie prostym. Ruchy bierne: zgięcie do 15°, pronacya i supinacya zaledwie do 20° (a więc w mniejszym stopniu możliwa, niż po stronie prawej). Chora może cokolwiek grzbiet ręki skręcić do płaszczyzny poziomej.

Ramię wychudłe, długość 28 cm., obwód ramienia w połowie długości 15 cm. Ruchy bierne i czynne w stawie barkowym: abdukcya do 50°, ruch ramienia ku przodowi do 45°, w tył do 40°, ruchy obrotowe blisko do 90°, ruch ku górze możliwy powyżej płaszczyzny poziomej do 10°. Chora dosięgnąć może dłonią lewą szczytu swej głowy, wielkim palcem może się dotknąć ucha lewego, na barku prawym może położyć swobodnie dłoń lewą, wogóle ruchy kończyną lewą są nieco swobodniejsze, niż prawą.

Odruchy ścięgniste w mięśniach kończyny górnej lewej w ogóle słabe. Pobudliwość mechaniczna w mięśniach wyprężaczach przedramienia zniesiona; natomiast w zginaczach przedramienia i mięśniach ramienia nieco powiększona. Odruchy skórne bardzo słabe; pręgi po natarciu skóry niewyraźne.

Kończyny dolne.

Kończyna dolna prawa.

Stopa prawa w całości zgrubiała, sino zabarwiona. Palce nie przedstawiają nic nieprawidłowego; jedynie tylko ostatnie falangi są nieco zgrubiałe a na palcu małym brak jest paznogcia, który odpadł bez żadnych poprzednich spraw zapalnych, paznogieć zaś na palcu wielkim przypomina kształt szpona. Na palcu małym, zwłaszcza po stronie zewnętrznej, bardzo wyraźna sinica (zabarwienie prawie czarnoniebieskie). Ruchomość palców bierna i czynna prawidłowa.

Stopa. Grzbiet stopy znacznie obrzmiały, zwłaszcza przy nasadzie palców i po stronie palca małego. Skóra jest mocno napięta, sucha, nie dająca się ująć we fałd, okazuje bardzo wiele drobniutkich zmarszczek podłużnych. Zewnętrzny brzeg stopy siny.

Podeszwa odznacza się skórą cienką, obrzmiałą, zwłaszcza przy nasadzie palców. Długość stopy od pięty do końca palca wielkiego 20 cm.

Staw skokowy. Okolica stawu skokowego obrzmiała, najwięcej po stronie grzbietowej. Na kostce wewnętrznej i nieco powyżej znajduje się blizna na 3 cm. długa, 2 cm. szeroka, przesuwalna. Bliznę tę trudno można odróżnić od reszty skóry; jedynie tylko bielsze zabarwienie skóry w środku oraz brzegi barwikowe wskazują na obecność blizny. Z tego okazuje się, że ropienia, o których chora wspomina, musiały być tylko powierzchowne i ograniczały się jedynie do skóry. Po stronie kostki zewnętrznej ledwie widoczna blizna bardzo mała, okrągła, o średnicy 0·5 cm., barwy jaśniejszej niż otoczenie. Ruchy bierne i czynne w stawie skokowym prawidłowe. Siła mięśni w zginaniu i prostowaniu dostateczna.

Podudzie. Skóra na podudziu, mocno obrzmiała, okazuje wybitne marmurkowanie z powodu rozlicznych drobniutkich rozszerzeń żyłek. Obwód łydki 27 cm. Ruchy czynne i bierne w stawie kolanowym prawidłowe. Skóra w okolicy stawu kolanowego również obrzmiała, zwłaszcza po stronie zewnętrznej, obwód kolana 35 cm.

Udo nie przedstawia nic szczególnego. Skóra dosyć sucha, trudno we fałd daje się ująć. Przez skórę przeświecają

dość wyraźnie grubsze i cieńsze żyły. Podściółka tłuszczowa dość obfita.

Gruczoły pachwinowe wyraźnie powiększone, twarde. Staw biodrowy prawidłowy.

Kończyna dolna lewa.

Palec wielki cokolwiek cieńszy (obwód 7 cm.), niż po stronie prawej (9 cm.). Gdy długość palców wielkich jest jednakowa po obu stronach (5 cm.), okazują inne palce wybitną różnicę w tym względzie. I tak palec drugi i trzeci są znacznie dłuższe po stronie lewej; natomiast czwarty i piąty wyraźnie krótsze, niż po stronie prawej. Wymiary są następujące: palec drugi: prawy 2·3 cm., lewy 4·5 cm., palec trzeci: prawy 1·7 cm., lewy 3·5 cm., palec czwarty: prawy 2·8 cm., lewy 2·2 cm., palec piąty: prawy 3 cm. lewy 1·2 cm. Na drugim palcu widzieć można, że falanga druga jest mocno zgięta ku podeszwie (pod kątem 45°) a staw między falangą pierwszą a drugą unieruchomiony. W okolicy tegoż stawu po stronie grzbietowej znajduje się dość znaczny odgniotek. Na palcu piątym brak paznogcia i prawdopodobnie obu ostatnich falang. Na wszystkich palcach wyraźna sinica.

Stopa lewa mniej obrzmiała, niż prawa. W okolicy kostki wewnętrznej i nieco powyżej znajduje się blizna bardzo wybitna, na 4 cm. długa, 2 cm. szeroka, barwy białej, kształtu nieregularnego, gwiazdkowatego, o brzegach barwy brunatnej. Skóra w tem miejscu bardzo twarda, przesuwalna, pozostawia pod wpływem mocnego ucisku dołek dość płytki. W okolicy kostki zewnętrznej zaledwie widoczne dwie blizny owalne, o średnicy 0·5 cm., barwy nieco tylko jaśniejszej, niż otoczenie. Ruchy bierne i czynne w stawie skokowym prawidłowe. Podudzie cieńsze, niż prawe (obwód łydki 25 cm.) Skóra jakby marmurkowana, obrzmiała. Obwód kolana 33 cm. Ruchy czynne i bierne w stawie kolanowym prawidłowe.

Udo zachowuje się tak samo jak po stronie prawej. Gruczoły pachwinowe mniej powiększone, niż po stronie prawej. Staw biodrowy prawidłowy.

Chód chorej ciężki, bardzo utrudniony, spastyczny; chora nie może formalnie stóp od ziemi oderwać, powłóczy nogami, zwłaszcza stopą prawą, a przedewszystkiem nie podnosi wcale palców. Chora robi bardzo maleńkie kroki a do jakiego stopnia chód jest utrudniony, najlepiej ocenić można, jeżeli się uwzględni, że do przebycia jednego kilometra potrzebuje chora do trzech godzin czasu.

Odruchy kolanowe po stronie prawej prawie zniesione; po stronie lewej bardzo znacznie zmniejszone (dopiero po kilku uderzeniach młotkiem od czasu do czasu słaby odruch). Za biernem zginaniem w stawie kolanowym i skokowym napotyka się na opór wybitniejszy po stronie prawej (*spasmus*) Pobudliwość mechaniczna bardzo zmniejszona; jedynie tylko za uderzeniem mięśnia prostego uda nastaje skurcz leniwy, falisty w tym mięśniu. Mięśnie podudzia nie są pobudliwe mechanicznie. Odruch skórny podeszwowy jest po obu stronach. Odruchu brzusznego brak.

Badanie czucia.

1) Dotknięcie zwykłe główką szpilki, palcem, pędzelkiem delikatnym i t. p. odczuwa chora wszędzie bardzo dobrze. Czucie ucisku badane przyrządem Eulenburga (barestezyometrem) nie przedstawia żadnych zboczeń. Czucie lokalizacyi jest tylko na obu rękach nieco upośledzone. Badanie zdolności odróżniania dwóch równoczesnych dotknięć (dokonane przy pomocy przyrządu Sievekinga) dało następujący wynik wyrażony w centymetrach.

Czoło	po stronie prawej	1·3	po lewej	1·5
Policzek		1·1	—	1·1
Kark		2·5	—	2·5
Okolica stawu bark.		7·0	—	7·0
Ramię		5·0	—	5·0
Przedramię (od strony dłoni)		1·7	—	1·7
„ (po grzbietowej stronie ręki)		1·0	—	1·0
Ręka, dłoń		2·5	—	2·5
„ grzbiet		4·8	—	4·8
Końce palców u rąk		0·5	—	0·5
Udo z przodu		2·5	—	3·0
Udo z tyłu		2·0	—	2·0
Podudzie z przodu		2·0	—	2·0
Łydka		0·5	—	0·5
Podeszwa		0·2	—	0·5
Powyżej sutka		1·3	—	1·3
Poniżej sutka		1·0	—	1·0
Górna okolica brzucha		1·5	—	1·5
Dolna okolica brzucha		2·0	—	2·0
Dolna okolica łopatki		2·0	—	2·0
Grzbiet do 2. kręgu lędźw.		1·8	—	1·8
Grzbiet od 2. kręgu lędźw. poniżej		1·8	—	1·8
Pośladki		0·8	—	1·0

Z tablicy tej okazuje się, że czucie po stronie prawej jest nieco delikatniejsze (na czole, na udzie, na podeszwie i na pośladkach), niż po stronie lewej.

Porównawszy liczby te z liczbami podanemi przez różnych badaczy dla czucia u osób zdrowych, musimy przyjść do przekonania, że wielkość kół dotykowych Webera w niektórych okolicach ciała u chorej przekracza granice prawidłowe a mianowicie na skórze rąk tak po stronie dłoniowej jak i grzbietowej (u chorej na dłoni 2·5 cm., u zdrowych 0·6 cm.; na grzbiecie ręki 4·8 cm., u zdrowych 1·8 cm) oraz na ramieniu w okolicy stawu barkowego (u chorej 7·5 cm., u zdrowych 4 cm.), gdy w innych obszarach czucie jest nadmiernie delikatne (*hyperaesthesia*), głównie na łydkach (u chorej 0·5, u zdrowych 3·1 — 4·0), na podeszwie (u chorej 0·1—0·5, u zdrowych 1·3 — 1·6), na przedramieniu (u chorej 1·0 — 1·8, u zdrowych 2·7 — 3·2), w ogóle na kończynach dolnych i na tułowiu a tylko w niektórych miejscach prawidłowe (na twarzy).

Rozróżnianie wrażeń czulnych po sobie następujących czyli badanie uczucia ruchu (*Bewegungsgefühl* — Vierordt) można było przeprowadzić tylko przez kreślenie linij esowatych lub kół w rozmaitych miejscach skóry, gdyż chora nie umie ani czytać ani pisać. Gdy w innych miejscach chora rozróżniała dosyć dobrze linie wielkości 1 cm., nie mogła często na rękach odróżnić linij długości 4 lub 5 cm.

Czucie bólu na rękach i na ramieniu prawem jest znacznie upośledzone. Nietylko ukłucie szpilką, ale także prąd indukcyjny (pędzelek) nie sprawia chorej na rękach wyraźnego bólu.

Badanie czucia temperatury między 25° — 40° C. przy pomocy rurek odczynnikowych, wypełnionych wodą wykazało: na twarzy i szyi odróżnia chora różnicę 0·5° C. dosyć dobrze, na mostku odróżnia 0·8° C., na brzuchu 0·7° C., na grzbiecie 1·5° C. na dłoni zaledwie 10° C. (w prawid-

łowych okolicznościach uczuwa się już 0·5° C.), na grzbiecie ręki 8° C. (w prawidłowym stanie ocenia się różnicę 0·3° C.), na ramieniu i przedramieniu 3° C. (w prawidłowym stanie 0·2° C.), na udzie 1° C., na łydce 0·7° C., na grzbiecie stopy 0·6° C. Dodać winienem, że dmuchnięcie i chuchnięcie chora nawet na rękach czasem odczuwa, co wcale nas nie zadziwia, gdyż różnica w ciepłocie pomiędzy dmuchnięciem i chuchnięciem wynosi czasem więcej, niż 10°. Badanie wykazało zatem, że czucie temperatury na obu odnogach górnych (zwłaszcza na rękach) jest znacznie upośledzone.

Czucie mięśniowe prawidłowe; chora może dokładnie określić bierne ułożenie członków przy zamknięciu oczu itp.

Badanie prądem elektrycznym nerwów i mięśni przeprowadziłem kilkakrotnie z zachowaniem wszelkich ostrożności dla otrzymania dokładnego wyniku. Nadmieniam zarazem, że do mierzenia siły prądu indukcyjnego używałem faradometru (mikroamperometru) Pünthnera; wielkość zatem siły prądu indukcyjnego wyrażono jest w mikroamperach a nie w liczbach określających odległość cewek.

N e r w y.

Nazwa		Prąd indukc. w mikroamperach	Prąd stały w miliamperach Sk Zm Ka	Sk Zm An
N. facialis — pień	pr.	5	3,2	6,0
	lw.	2	2,0	4,8
„ „ ramus frontalis	pr.	2	2,5	3,5
	lw.	1	2,0	2,5
„ „ „ zygomaticus	pr.	2	2,5	3,4
	lw.	1	1,5	1,9
„ „ „ mentalis	pr.	1	1,0	1 6
	lw.	1	1,0	1,6
N. accesorius	pr.	3	0,6	1,0
	lw.	1	1,0	1,4
N. axillaris	pr.	5	1,8	3,5
	lw.	2	0,9	3,5
Plex. brachial. (Punkt Erba)	pr.	8	6,0	12,0
	lw.	2	2,2	10,0
N. thoracicus anter.	pr.	5	3,5	6,5
	lw.	4	3,5	6,5
N. musculo-cutan.	pr.	6	5,8	10,0
	lw.	2	4,2	10,0
N. medianus	pr.	5	4,0	5,0
	lw.	5	3,2	4 6
N. ulnaris	pr.	5	4,3	10,0
	lw.	5	2,1	10,0
N. radialis	pr.	3	2,3	8,0
	lw.	3	1,9	7,0
N. cruralis	pr.	18	15,0	22,0
	lw.	15	12,0	20,0
N. obturatorius	pr.	10	8,5	15,0
	lw.	8	7,0	12,0
N. peroneus	pr.	25	6,0	15,0
	lw.	20	5,0	14,0
N. ischiadicus	pr.	35	18,0	25,0
	lw.	30	15,0	20,0
N. tibialis	pr.	30	14,0	20,0
	lw.	28	10,0	15,0

M i ę ś n i e.

Nazwa		Prąd indukc. w mikroamperach	Prąd stały w miliamperach Sk Zm Ka	Sk Zm An
M. frontalis	pr.	3	3	4
	lw.	3	3	4
M. corrugator supercil.	pr.	3	3	4
	lw.	3	3	4
M. orbicularis palpebr.	pr.	3	3	5
	lw.	3	3	5
M. zygomaticus major	pr.	3	5	8
	lw.	3	5	8
M. orbicularis oris	pr.	3	5	6
	lw.	2	4	5
M. temporalis	pr.	4	7	10
	lw.	4	7	10
M. masseter	pr.	4	7	10
	lw.	4	7	10
M. splenius capitis	pr.	5	8	14
	lw.	5	8	14
M. sterno-cleido-mastoideus	pr.	3	5	8
	lw.	3	5	8
M. cucullaris	pr.	6	10—	9—
	lw.	5	10—	9—
M. pectoralis major	pr.	5	8	12
	lw.	5	8	12
M. deltoideus: część przednia	pr.	4	5 —	4—
	lw.	4	4 —	4—
„ „ „ średnia	pr.	4	3—	3—
	lw.	8	3—	2—
„ „ „ tylna	pr.	4	3—	3—
	lw.	8	3—	2—
M. biceps brachii	pr.	6	6—	5—
	lw.	6	5—	4—
M. triceps	pr.	10	10	12
	lw.	5	5	6
M. supinator longus	pr.	20	5—	6—
	lw.	20	6—	6—
M. flexores digitorum	pr.	10	10	12
	lw.	10	5	6
M. flexor carpi radialis	pr.	8	12—	13
	lw.	8	10—	11
M. flexor carpi ulnaris	pr.	8	8	10
	lw.	8	7	9
M. flexor pollicis longus	pr.	10	10—	7—
	lw.	8	9—	6—
M. extensor carpi rad. long.	pr.	10	10—	8—
	lw.	14	8—	6—
M. extensor carpi ulnar.	pr.	10	9—	7—
	lw.	10	8—	5—
M. extensor carpi rad. brev.	pr.	10	8—	7—
	lw.	10	7—	5—
M. extensor digit. com.	pr.	10	5	7
	lw.	14	6	8
M. extensor indicis propr.	pr.	6	4	6
	lw.	6	4	6
Thenar	pr.	5	4	6
	lw.	5	3	4
Antithenar	pr.	10	6	10
	lw.	10	5	8
M. quadriceps femoris	pr.	20	15	20
	lw.	20	10	15
M. adductor magnus	pr.	20	12	15
	lw.	20	12	15
M. gluteus maxim.	pr.	20	12	15
	lw.	20	12	15
M. gastrocnemius	pr	25	22	28
	lw.	25	20	25
M. tibialis antic.	pr.	20	16	25
	lw.	20	15	20
M. extensor digit. com. long.	pr.	20	20	25
	lw.	20	20	25
M. peroneus long.	pr.	15	15	20
	lw.	15	15	20
M. extensor halluc. long.	pr.	20	15	20
	lw.	20	15	20
M. flexor halluc. long.	pr.	20	20	25
	lw.	20	20	25
M. flexor digit. com. long.	pr.	20	20	25
	lw.	20	20	25
M. extensor dig. com. brev.	pr.	15	15	20
	lw.	15	15	20

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Rzadki przypadek obrzęku śluzakowego (*myxoedema*).

Napisał
Dr. Teofil Bąkowski,
b. asyst. Uniw. Jagiell.

J. S., mający 14 lat, z B., urodził się bez obciążenia dziedzicznego, zdrów, w okolicy, gdzie ani wól ani kretynizm nie pojawiają się. Wzrastał zarówno z innemi dziećmi, zaczął mówić niektóre wyrazy po upływie roku; w ogóle nie uważano w nim żadnego zboczenia. Mieszkanie jednak na gruncie bagnistym, wilgotne, ciemne, duszne i liche odżywianie się, jak u biedniejszych Izraelitów, zaczęły wpływać niekorzystnie na zdrowie dziecka. To też matka spostrzegła u niego po 18 miesiącach powolne wykrzywianie się stosu pacierzowego i przypisywała je jakiemuś upadnięciu w czasie jej niebytności, jak mówi, tak, że chłopiec dopiero w 4. roku życia zaczął chodzić zgarbiony, opierając ręce na kolanach. Od tego to czasu twarz zaczęła brzęknąć; chory począł oddychać ustami i język lekko wystawiać. Mając 2 lata chorował dni kilka na jakąś chorobę gorączkową, później na odrę. Duszność ma od 4. roku życia. Lubo nie badałem, przecież widziałem chorego kilka razy; pierwszy raz przed siedmioma laty, a wejrzenie jego prawie nic się nie zmieniło z wyjątkiem tego, że cokolwiek urósł. Badanie stanu obecnego wykazuje: Chłopiec wzrostu niskiego, prawie karzełek (wysokość 104 centym.), z głową dużą, twardą, znacznie opuchłą, osadzoną na cienkiej szyi, z garbem w ostatnich kręgach piersiowych łukowatym (*kyphosis rhachitica*.) Czaszka duża, ale foremna, pokryta gęstym, krótko strzyżonym włosem; twarz, równie jak powieki, obrzękła, blado sino zabarwiona z odcieniem woskowym, za uciskiem ciastowata, ale dołka nie pozostawia. Wargi grube, również obrzękłe, Wyraz twarzy głupkowaty, przygnębiony, mimo utrzymania się inteligencyi chorego. Skóra na czole opuchła, za uciskiem dołka nie pozostawia. Nos szeroki, nieco siodełkowato zapadły, otwory nosowe szerokie, przewody nosowe drożne. Powieki obrzękłe, spojówki mocno nastrzykane, rogówki bez żadnego blasku, jakby zamglone, źrenice równe na światło oddziaływają dobrze. Z ust rozwartych, śliniących się, ciągle wystaje trochę język w dwójnasób powiększony, nie mogąc się pomieścić w ciasnej szczęce dolnej. Wymiary jego, szczególnie ku korzeniowi są duże. Dziąsła i błona śluzowa jamy ust nieznacznie obrzmiałe, zęby ku przodowi zwrócone, migdałki niepowiększone. Gruczoły śliniankowe przyuszne i podszczękowe znacznie, podjęzykowe powiększone. Obrzęk ogranicza się zatem tylko do czoła, nosa, powiek, twarzy i warg; nie ma go na tułowiu ani na kończynach. Gruczoły limfatyczne karkowe i podszczękowe niepowiększone, gruczoły pachowe, łokciowe i pachwinowe nawet niewymacalne. Szyja cienka, dołek jarzmowy mocno zaznaczony; krtań i część tchawicy dobrze wymacać można, jako prawie tuż pod skórą leżące. G r u c z o ł u t a r c z y k o w e g o b r a k z u p e ł n y a przekonywa o tem kilkakrotne, dokładne badanie. Obojczyki bardzo krótkie, znacznie wygięte. Podnoszenie kończyn górnych ku górze bardzo upośledzone, jakby po zwichnięciu, choć badanie wykazuje, że główki kości ramieniowych są w swojem miejscu. Przy ruchach obrotowych biernych słychać w obu stawach barkowych trzeszczenie; stawy te są przy mocniejszych tych ruchach bolesne. Klatka piersiowa krótka, mostek nieckowaty. Płuca rozdęte, zakatarzone (nieżyt oskrzelowy); w sercu nic nieprawidłowego, tony czyste. Brzuch ogromny, o wiele większy od klatki piersiowej, w pasie znacznie zasznurowany. Mniejszą jego połowę wypełnia ogromna wątroba, sięgająca w linii pachowej środkowej aż prawie do pachwiny; brzeg jej dolny ostry, równy, twardy; wątroba sama gładka, prawie niebolesna. Śledziona ku dołowi na cztery palce powiększona, brzeg jej nieco zaokrąglony, twardy, prawie niebolesny. Jelita trochę rozdęte; w jamie brzusznej płynu wolnego wykazać nie można. W pępku przepuklina wolna, wielkości małej pięści, z bramą przepuklinową o średnicy 3 cm. Temperatura od prawidłowej nieco niższa, 36·5—36·8, tętno koło 80. Kał, odkąd ojciec pamięta, oddaje chory „nie po ludzku", jak się wyraził, t. j. kał nigdy nie jest zbity należycie, lecz zawsze rzadki, papkowaty, jak od niemowlęcia, i gliniasto żółty. Apetyt słaby. Mocz oddaje w ilości skąpej około 600—700 cm. sz. dziennie. Ma on barwę winowo-żółtą, oddziaływa kwaśno, białka ślad, cukru nie zawiera, chlorki w ilości prawidłowej, z kwasem octowym lekkie zmętnienie (ślad mucyny). S f e r a r u c h u: Ruchy w ogóle upośledzone. Jak już nadmieniono, ruchy w kończynach górnych znacznie upośledzone dla krótkich bardzo obojczyków, które nie pozwalają należycie kończynom obracać się w stawach barkowych. Siła w rękach dosyć dobra. Chodzenie również utrudnione częścią dla garbu i brzucha ogromnego, częścią z powodu ogólnego osłabienia tak, że chory postępuje zwolna, niepewnie, opierając się poczęści na kolanach i bardzo się męcząc. Skóra na tułowiu i kończynach sucha, bez podściółki tłuszczowej. Ucisk na pnie nerwowe niebolesny. Zresztą zmian innych na kończynach ani górnych ani dolnych, jak opuchliny, zniekształceń i t. p. nie widać zupełnie. Odruchy skórne, odruchy ścięgniste utrzymane.

S f e r a c z u c i a: dotyk, czucie bólu, ciepła, równie jak lokalizacya tych wrażeń, wreszcie czucie mięśniowe prawidłowe.

S f e r a z m y s ł o w a: Wzrok nieznacznie upośledzony. mimo tego czyta dosyć płynnie; inne zmysły nie upośledzone.

M o w a cicha, monotonna, niezbyt zrozumiała, chwilami zupełna chrypka.

C o d o s f e r y p s y c h i c z n e j, to lubo chory umysłowo jest słabiej od rówieśników rozwinięty i okazuje znaczne przygnębienie, przecież zdaje on sobie dobrze sprawę ze swego smutnego stanu i od kilku dni prosi ciągle matkę, by go ratowała i szła po doktora. A gdym nadszedł i badał stan jego zdrowia, co chwila informował matkę, by moję uwagę zwróciła na jego największe dolegliwości, mianowicie na ciągłe ślinienie się z ust, na znaczną duszność i ciężar w brzuchu. Zalecony roztwór Fowlera i wino chinowe nie odniosły żadnego skutku. We dwa tygodnie potem brzuch począł się powiększać, moszna brzęknąć, wystąpiły stolce częste, po 5—6 na 24 godzin, rzadkie, mocno cuchnące. Badanie brzucha wykazało jego bolesność, znaczną ilość przesączyny wolnej aż po pępek, znaczne obrzmienie moszen. Wystąpiła duszność, tętno drobne, 120 na minutę, temperatura 36·2. Mocz, oddawany w małej ilości, był winowo-żółty, oddziaływał kwaśno, osadu mało, a po dolaniu kwasu azotowego, równie jak po zagotowaniu, występowało nieznaczne zmętnienie (ślad białka). W okresie tym choroby na kończynach górnych i dolnych nie wystąpiła żadna opuchlina. Rozpoznano przyostre zapalenie otrzewny (*peritonitis subacuta*) obok niedomogi (*adynamia)* serca i zaordynowano okłady na brzuch wilgotne co 3 godziny, smarowanie mydłem szarem z jodem a wewnętrznie bedźwinian kofeinosodowy (*coffeinonatrium benzoicum*) i wodę wapienną. Mimo to po upływie kilku dni siły chorego zaczęły słabnąć; wystąpiły zwykłe obrzęki końcowe (które zaczęły się już pierwej od obrzęku moszen) dochodzące aż do kolan; wreszcie nastąpiła śmierć.

W opisanym przypadku znajdujemy zatem wszystkie objawy, które cechują obrzęk śluzakowy a mianowicie:

1) Charakterystyczny obrzęk skóry na czole, nosie, powiekach, policzkach i wargach t a k, ż e t w a r z w y g l ą d a ł a m o n s t r u a l n i e.

2) Charakterystyczny przerost języka, obrzmienie błony śluzowej jamy ust i krtani.

3) Powiększenie znaczne ślinianek.

4) Z u p e ł n y b r a k g r u c z o ł u t a r c z y k o w e g o.

5) Mnóstwo zboczeń w sferze ruchu, wzroku, w mowie, w przemianie materyi, w narządzie trawienia, wreszcie

zboczenia w sferze psychicznej t. j. zmniejszenie się pojętności, przygnębienie.

Przypadek niniejszy ciekawy jest jednak bardzo z tego względu, że brak tu charakterystycznego obrzęku kończyn i tułowia, jaki zwykle opisują autorowie, że przypadek ten tyczy się chłopca 14 letniego i że pierwsze zmiany charakterystyczne wystąpiły już w 4. roku życia. Co do braku obrzęku kończyn dolnych i górnych, to według wykładu Virchowa w berlińskiem Towarz. lekar. w dniu 2. Lutego 1887. zmianą cechującą obrzęk śluzakowy (*myxoedema)* jest obrzęk twardy zajmujący twarz, powieki, nos, wargi, często schodzący na szyję i kończyny górne, to znaczy, że zajęcie kończyn przez sprawę chorobową nie jest warunkiem nieodzownym dla istoty tej choroby; sprawozdanie zaś komisyi londyńskiej o obrzęku śluzakowym z r. 1888 [1]) podaje, że obrzmienie skóry charakterystyczne w tej chorobie ulega różnym zmianom i może przed śmiercią zniknąć zupełnie.

Chcąc uniknąć drugiego poważniejszego zarzutu, że przypadek powyższy nie jest obrzękiem śluzakowym, albowiem wystąpił bardzo wczas, bo w 4. roku życia u chłopczyka, gdy znane dotąd przypadki, z wyjątkiem kilku, tyczą się osób dorosłych i to przeważnie kobiet, należy tu wykluczyć matołectwo (*cretinismus*). Otóż kretynizm w okolicy tej jako bagnistej, niskiej a nie w górach położonej prawie się nie pojawia; sprawa ta jest wrodzona i cechuje się tak budową swoistą czaszki, jakoteż i zmianami, których nasz przypadek nie przedstawia. Czaszka była wprawdzie u mego pacyenta dosyć duża, mocno wysklepiona, gdyż obwód jej przez guzy czołowe wynosił 55 centymetrów, wymiar zaś wzdłuż szwu strzałkowego od nasady nosa do 1. kręgu szyjnego 38 cm., jednak nie była to czaszka spłaszczona z boków, z wystającemi guzami czołowemi i bocznemi, nie była to charakterystyczna dla kretynów czworokątna, krzywicza (rachityczna) czaszka (*tête carrée*). A dalej: przeros tgruczołu tarczykowego, t. j. wól u kretynów a zanik jego u dotkniętych obrzękiem śluzakowym, zmiany w czaszce u pierwszych kostne a skórne u drugich, wreszcie zmiany w sferze zmysłowej i psychicznej różne u kretynów a u cierpiących na obrzęk śluzakowy pozwalają uniknąć pomyłki w rozpoznaniu, jak o tem trafnie pisze sprawozdawca z pracy Dr. H. Bircha „*Das Myxoedem und die kretinische Degeneration* [2])“. „*Die kretinische Degeneration ist im Gegensatz zum Myxoedem eine chronische Infectionskrankheit . . . . mit Schilddrüsenhypertrophie und tiefgehenden Störungen des Knochenwachstums einhergehend... Die Veränderungen des Schädels sind bei Myxoedem durch Haut-, bei kretinischer Degeneration durch Knochenprocesse bedingt. Die Störungen der Sensibilitaet und der Sinnesfunctionen fehlen bei Cretinismus. Die Intelligenzstörungen stellen sich bei einem früher normalen Individuum ein, dass sich auch seiner geistigen Veränderung bewusst ist, während bei kretinischer Degeneration die Störungen des Intellectes vom Anfang her bestehen und als solche dem Individuum nicht zum Bewusstsein kommen. Respirations-, Circulations- und Verdauungsstörungen gehören zum Bilde des Myxoedem, während sie bei kretinischer Degeneration fehlen . . . .*“

W obecnym przypadku chory martwił się swym smutnym stanem, krył się przed ludźmi, czując się upośledzonym, kazał zasłaniać okna firankami w czasie badania, wreszcie błagał matkę o sprowadzenie lekarza. Był wprawdzie tępy, ale nie od urodzenia, bo do 4. roku życia rozwijał się prawidłowo pod względem umysłowym; nie cieszył się zdrowiem fizycznem, jak zwykle kretyni i dlatego po uwzględnieniu wszelkich danych trudno go uważać za kretyna.

Pozostaje jeszcze wykluczyć tak zwaną wrodzoną krzywicę, którą tak często miał spostrzegać Kassowitz i Unruh a która odznacza się tem, że nieprawidłowościom w rozwoju kości towarzyszą nieprawidłowości w gruczole tarczykowym lub nawet jego brak [1]). Mój chory wprawdzie we wczesnej młodości, bo już mając $1\frac{1}{2}$ roku zapadł na krzywicę, która pozostawiła mu widoczne zmiany w zniekształceniu obojczyków, skrzywieniu stosu kręgowego, wgnieceniu mostka, jednak krzywica ta nie była wrodzoną, gdyż musiałaby zostawić przede wszystkiem ślady znaczne na czaszce. Chory zapadł na nią wtedy dopiero, gdyż już kości czaszki były należycie skonsolidowane, ciemiączka zarosłe. Z wielkiem prawdopodobieństwem jest tu pewien związek z krzywicą przebytą a obrzękiem śluzakowym, któremu chory uległ, lecz z krzywicą nabytą a nie wrodzoną. (O cherze z powodu operacyjnego usunięcia wola (*cachexia strumipriva*) w przypadku opisanym oczywiście mowy nie ma.)

Gdy zaś według odczytu Orda na kongresie lekarskim w Berlinie w r. 1890, „zmiany anatomiczne tyczą się nie tylko gruczołu tarczykowego, ale prawie we wszystkich organach i skórze jest przerost tkanki łącznej z charakterem zapalnym, niszczący właściwe utkanie, chemiczne zaś zmiany są nietrwałe, przejściowe“ [2]), to i napotkane w obecnym przypadku znaczne obrzmienia wątroby i śledziony należą prawdopodobnie do obrazu obrzęku śluzakowego, lubo wobec zimnicy panującej w okolicy chorego, także i do tej choroby odnieśćby je można.

W końcu nadmieniam, że wobec małej inteligencyi rodziców chorego i ich uporu nie mogłem zastósować zachęcających bardzo doświadczeń z wstrzykiwaniami podskórnemi soku z gruczołu tarczykowego (metodą R. Murraya z modyfikacyą Wichmanna).

III.

Jeszcze w sprawie poruszonej artykułem Dra W. Chrząszczewskiego p. t.: **Nowa metoda leczenia wiewióra (trypra) wstrzykiwaniami ciepłego kwasu borowego**, zamieszczonym w nrze 40. *Przeglądu lek.* z r. b.

W sprawie powyższej i odpowiedzi kol. Uhmy ze Lwowa zmuszony jestem dać następujące wyjaśnienie:

Jeśli kol. Ch. po wstrzyknięciu płynu wrzekomo do części krokowej cewki widział istotnie odpływanie płynu na zewnątrz przez kateter, jak to w opisie swoim podaje, to najprawdopodobniej przestrzykiwał tylko pęcherz, chociaż z drugiej strony możliwem jest jeszcze, że kol. Ch., przestrzykawszy istotnie część krokową cewki, po odjęciu strzykawki posunął kateter do pęcherza i wypuścił umyślnie płyn, który poprzednio przez tylną część cewki moczowej do pęcherza spłynął; może więc tylko niedokładny opis zabiegu jest powodem do wniosków, jakie się po przeczytaniu artykułu nasuwają — to zaś tylko sam autor wyjaśnić nam

[1]) Przegl. lek. Nr. 40. 1888.
[2]) Internat. klin. Rundschau. Nr. 24. 1890.

[1]) Virchow: o obrzęku śluzak. Przegl. lek. Nr. 9. 1887.
[2]) Buzdygan: Przegl. lek. 1891. Nr. 4. 5. 6. 7.

może a względnie na przyszłość zabieg swój stósownie do naszych uwag zmodyfikować, aby osiągnąć cel zamierzony.

Przy tej jednak sposobności nie mogę pominąć milczeniem innej rzeczy, nie uwzględnionej przez kol. Uhmę a mianowicie tytułu artykułu kol. Ch. pod nazwą nowa metoda leczenia wiewióra (trypra).

Przecież każdy specyalista, czytający opis zabiegu kol. Ch., przyznać mi musi, że jest to stara, dawno już znana powszechnie metoda Didaya, o tyle tylko niefortunnie przez kol. Ch. zmieniona, że zabieg jego wymaga kilkakrotnego odejmowania i ponownego dostósowania strzykawki do kateteru, celem wprowadzenia dostatecznej ilości płynu, co przecież da się bardzo dobrze zastąpić, jeśli użyjemy strzykawki o pojemności n. p. 300 gramów i przepłuczemy za jednym zamachem i tylną i przednią część cewki, jak to powszechnie się robi a nowych chyba wyników z tych zabiegów dziś już spodziewać się nie możemy.

Co prawda, nie uważaliśmy dotąd za potrzebne mierzyć ciepłoty płynów do przestrzykiwań używanych; gdybyśmy jednak chcieli w wysokiej ciepłocie kwasu borowego szukać owej nowej metody leczenia i tejże ciepłocie przypisywać znaczenie lecznicze, to i to upada, zwracam bowiem uwagę na historyę wiewióra z lat 1883. i 84., gdzie autorowie Gordon i Curtis ogłosili swe prace o przestrzykiwaniu cewki gorącą wodą; leczenia tego jednak wkrótce zaniechano z powodu zadrażnienia błony śluzowej, jakie po niem następowało.

Upatrywanie w kwasie borowym, używanym przeciw wiewiórowi od szeregu lat, jakiegoś działania swoistego upada samo przez się i nie wymaga żadnego dowodu. — W każdym więc razie nie spodziewam się wiele po zamierzonych próbach kol. Uhmy, o jakich wspomina, i ze swej strony nie mam potrzeby w tym względzie robić żadnych doświadczeń, gdyż tak metoda sama, jak i jej wyniki są dawno znane i nie przedstawiają nic szczególnego.

Dr. Tadeusz Mayzel.

W tej sprawie otrzymujemy prócz tego następujące pismo [1]):

Szanowna Redakcyo!

W odpowiedzi Drowi Uhmie oświadczam co następuje:

1) O używaniu rozczynu kwasu borowego w celach leczenia wiewióra przez kol. U. i innych jeszcze dwóch kolegów nie wiedziałem i wiedzieć nie mogłem, gdyż żaden z owych kolegów nie podał dotychczas do szerszej wiadomości tego sposobu leczenia. Jeśli wogóle cokolwiek na tem zależy, z chęcią zrzekam się prawa pierwszeństwa w tym względzie.

2) Kierowanie się termometrem uważam za konieczne, gdyż rozczyn nie ogrzany do 40° C. nie wywierał nigdy tych pomyślnych skutków w przebiegu choroby, co rozczyn właśnie o tej temperaturze.

3) Kolega U. ma zupełną słuszność twierdząc, iż przy pierwszem wprowadzeniu płynu dostaje się on i do pęcherza a wina błędnego przedstawienia rzeczy co do owego pierwszego aktu mej manipulacyi, jest po mojej stronie.

4) Co do używania kąpieli nasiadowych o temperaturze 32° R., to nie zaszła tu żadna pomyłka a kąpiele o temperaturze oddawały i oddają mi zawsze bardzo dobre usługi. Doc. Dr. Zarewicz poleca również chorym takie a nie inne nasiadowe kąpiele i nie uważa temperatury 32° R. za zbyt wysoką. Wreszcie muszę zaznaczyć, iż będąc dalekim od uważania metody przez siebie podanej za *universale specificum*, obserwowałem całkowite wyleczenie w tych nawet przypadkach, w których inne sposoby leczenia, jak wkraplanie (instylacye) aparatem Guyona, wprowadzenie pełnych sond i t. p., pozostawały bez skutku; i ta właśnie okoliczność była jednym z głównych powodów, iż postępowanie swoje podałem do wiadomości i oceny kolegów-specyalistów.

Sambor 31. października 1893.

Dr. Wojciech Chrząszczewski.

[1]) i na niem uważamy dyskusyę za wyczerpaną. (*Przyp. red. Przegl. lek.*).

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

Intubacya a tracheotomia.

Wobec groźnych przypadów zwężenia krtani w przebiegu dławca używano już od r. 1802 jako *ultimum refugium* tracheotomii, której udoskonaleniem i rozpowszechnieniem zajęli się zwłaszcza paryscy lekarze Bretonneau i Trousseau. Zbyt wielki procent śmiertelności (do 90%) po tej operacyi skłonił Bouchuta do użycia w 7 przypadkach dławca po raz pierwszy (1858) rurek, wprowadzanych do krtani, celem ułatwienia dostępu powietrza do płuc drogą naturalną. Metodę Bouchuta, zrazu zarzuconą, podjął dopiero w r. 1881 Mac Ewen a udoskonalił w ostatnich latach lekarz amerykański O'Dwyer.

Zachęceni odczytem Thierscha o intubacyi krtani (r. 1888) Ranke, Ganghofner, Biedert i Widerhofer wprowadzili intubacyę do swych oddziałów tak, że już do połowy r. 1890 ogłoszono ogółem 413 intubacyj z 34% wyleczenia, równocześnie 886 tracheotomij z 39·2% wyleczenia; w r. 1891 zaś wyleczono zapomocą intubacyi 40·5% na 365 przypadków, gdy przez tracheotomią równocześnie uratowano 34·3% na 237 leczonych. [1])

W r. szkol. 1890/91 wprowadzono w użycie intubacyę również i w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie i w 64 przypadkach dławca tą metodą leczonych uzyskano 40% wyleczenia [2]). Dodać należy, że w tejże klinice wykonano od r. 1876 do 1890 ogółem 396 tracheotomij z wynikiem dodatnim w 37·37%, w r. 1891 zaś tracheotomowano na 153 przyp. dławca krtani 71 razy z 21% wyleczeniami, intubowano zaś 82 razy z procentem wyleczenia 42·6% [3])

Świeżo ogłoszona praca statystyczna Rankego [4]) (w *Münch. med. Wchschr. Nr. 44)* podjęta w myśl uchwały zgromadzenia lekarzy w Heidelbergu (r. 1889) zestawia interesujące rezultaty leczenia intubacyą, zbiorowo za wspólnem porozumieniem się pedyatrów w oddziałach: Ganghofnera (w Pradze), Jakubowskiego (w Krakowie), Muralta (w Zurychu), Unterholznera (w Wiedniu) i Rankego (w Monachium). I tak zgłoszono się ogółem z leczonymi intubacyą a) w przypadkach błonicy pierwotnej:

w r. 1890	przyp. 277	wyleczonych	106	tj.	34·6%
„ 1891	„ 326	„	139	„	42·6%
„ 1892	„ 347	„	133	„	38·3%
„ 1892/3	„ 374	„	138	„	36·9%

Czyli ogółem na 1324 intubowanych w l. 1890—93 wyleczono 516 tj. 39%. b) w przypadkach błonicy następowej:

w r. 1890	przyp. 49	wyleczon.	9	tj.	18·3%
„ 1891	„ 17	„	5	„	29·4%
„ 1892	„ 31	„	7	„	22·8%
„ 1892/3	„ 24	„	6	„	25 %

czyli ogółem na 121 intubowanych wyleczono 27 tj. 22·3%; z liczby 1324 podali:

Ganghofner:	498 przyp.	z % wyl.	48·6—28·6;	śred. 42·7%
Ranke:	368	„ „	40·4—28·5;	„ 34·7%
Jakubowski:	165	„ „	48·4—37·1;	„ 44·2%
Unterholzner:	164	„ „	37·97—29·03;	„ 33·5%
Muralt:	106	„ „	57·7—21·7;	„ 35·8%

Cyfry te świadczą wymownie o zmiennej złośliwości zapalenia krtani błoniczego tak w rozmaitych miastach, jak niemniej i w rozmaitych latach; ztąd wniosek, że do wyrobienia sobie należytego pojęcia o wartości intubacyi czy tracheotomii można dojść, uwzględniając przypadki w znacznej ilości a oraz obserwacyę ich przez lata.

Intubacyę stósowano przeważnie w zwężeniach krtani wysokiego stopnia, gdzie i tracheotomia byłaby już wskazana; nie przebierano też w przypadkach a intubowano nawet najmłodsze dzieci.

Dodatkową tracheotomią wykonano na 1324 intubowanych (w przyp. błonicy pierwotnej) 242 razy z rezultatem dodatnim w 20 przyp. (18·2%), na 58 zaś intubowanych przyp. błonicy następowej tracheotomowano 8 razy, zawsze z wynikiem ujemnym, co się tłómaczy w tych razach rozszerzeniem się sprawy błoniczej i na oskrzela, gdzie zatem i tracheotomia na niewiele przydać się mogła.

Do powyższego zestawienia należy doliczyć wynik leczenia Widerhofera (w Wiedniu), który przedstawił oddzielnie ze swego oddziału 147 intubacyj, 58 tracheotomij a 69 intubacyj z dodatkową tracheotomią, t.j. ogółem 274 przyp. z 53·28% wyleczenia. Ten tak pomyślny stósunkowo rezultat otrzymuje W. tym sposobem, że usuwa rurkę intubacyjną (*tubus*) na próbę już po 24 godzinach i wprowadza ją napowrót dopiero w razie wzmagania się niebezpieczeństwa, przyczem nieraz już po pierwszej intubacyi zyskuje wyzdrowienie; powtóre intubuje tylko 4—5 razy, poczem, jeźli ulgi widocznej nie ma, przystępuje wprost do tracheotomii.

Bokaj (w Peszcie) ogłosił 34% wyleczenia w 291 przyp. intubacyi, Schweiger zaś 44·2% wyl. w 70 przypadkach.

Ogółem statystyka intubacyj w Niemczech i w krajach ościennych dosięga cyfry półczwarta tysiąca, co najlepiej dowodzi uznania tej metody. Zyskuje ona rozpowszechnienie i w praktyce pozaszpitalnej, jak o tem świadczą przypadki Senffta (Bierstadt), Galattiego (Wiedeń) i t d. a ma znaczenie zwłaszcza tam, gdzie bądźto rodzice chorego dziecka wzdrygają się przed krwawą operacyą, bądź też, gdzie dla braku asysty lub należytej wprawy tracheotomii wykonać nie można a wreszcie wobec znacznej asfiksyi, wymagającej co rychlej pomocy o bezpośrednim skutku.

Co do tracheotomii, to sprawozdanie Rankego zaznacza w ciągu czterech lat 1118 przypadków pierwotnej błonicy ze zwężeniem krtani, z wyleczeniem w 38·9% (zatem tyleż co przez intubacyę), w 42 przyp. zaś błonicy następowej z 26% wylecz. (w intubacyi 22·3).

W tymże czasie (1890—93) wykonano w pierwotnej błonicy krtani 55 tracheotomij u dzieci jednorocznych, z których 3 wyleczono tj. 5·4%, 212 zaś tracheotomij u dwurocznych, z pomyślnym wynikiem w 25%. Odpowiednie cyfry dla intubacyi były: dla dzieci w 1 r. ż. 13·9% wyleczenia, w 2 r. zaś 32·3%.

Gdy zatem w powyższem zestawieniu 1324 intubacyj a 1118 tracheotomij procent wyleczenia jest niemal jednaki, to przy uwzględnieniu wieku intubacya w pierwszych dwóch latach życia bierze stanowczą przewagę nad tracheotomią. Uderza to tem bardziej, jeżeli się zważy, że gdy między 1118 tracheotomowanymi było dzieci jednorocznych 55 a dwurocznych 212, to na 1324 intubowanych wykazano 93 dzieci w 1 r. ż. a 285 w 2 r. ż., czyli intubowano w tym najmłodszym wieku znacznie więcej, niż tracheotomowano a mimo to wynik intubacyi nawet w tych pierwszych, o najgorszem wskazaniu, latach był korzystniejszy od rezultatów w tracheotomii.

Jak już powyższe, na wcale pokaźnych cyfrach oparte zestawienia przemawiają stanowczo na korzyść metody O' Dwyera, tak też zgodzić się trzeba z końcową uwagą Rankego, zresztą ogólnie już uznaną, że wyniki intubacyi jeszcze się polepszą przez racyonalne używanie czy intubacyi, czy tracheotomii a to stósownie do natury przypadków, czasu trwania choroby i jej przebiegu.

Przystępując więc do stósowania tych metod, trzeba zwrócić uwagę na następujące okoliczności [5]).

A) Po tracheotomii:

1) Powietrze przez kaniulę dopływające w większej nawet ilości, niż podczas zdrowia, wnosi ze sobą do tchawicy pył i drobnoustroje, drażni przeto błonę śluzową i osusza ją tak, że błony dławcowe stają się zbitsze i trudniej się oddzielają. Temu zapobiega się przez wziewanie płynów alkalicznych i antyseptycznych, które wszakże niedokładnie użyte pożytku nie przynoszą, używane zaś w nadmiarze zalewają oskrzela i sprowadzają zapalenie płuc zachłystowe. Błony w dławcu rozległym, zajmujące nietylko głośnię i krtań, ale też tchawicę i oskrzela, bywają niekiedy same wykrztuszane; w cięższych jednak przypadkach przylegają mocno do ścian przewodu oddechowego tak, że je trzeba usuwać przez aspiracyę lub mechanicznie kleszczykami.

2) Rana potracheotomijna sama przez się przedstawia pewne niebezpieczeństwa. Da ona się bowiem opatrywać przeciwgnilnie tylko od strony zewnętrznej, podczas gdy nie można zapobiedz tworzeniu się od strony wewnętrznej nalotów dławcowych czy błoniczych i nacieków zapalnych, przyłączeniu się róży, następowemu zapaleniu i ropieniu gruczołów, krwotokom z przeżartych naczyń i t. p. Gdy każde z tych powikłań przedłuża bieg choroby a nieraz zagraża istotnem niebezpieczeństwem życia, to z drugiej strony, nawet w najkorzystniejszych okolicznościach pozostaje na całe życie blizna, środek szyi szpecąca.

3) Kaniula sprawia odleżyny i w związku z niemi zostające owrzodzenia, krwotoki miąższowe, bujanie nadmierne ziarniny, bliznowate zwężenia światła tchawicy, obnażenie lub wgniecenie chrząstek tchawicy, obrzmienie i zgrubienie błony śluzowej poniżej więzadeł i t. p. rozliczne przypadłości, dla chorego bynajmniej nieobojętne, niekiedy dolegliwe a nawet nieraz wprost życiu zagrażające.

4) Usunięcie kaniuli nie w porę sprowadza ponowne duszenie się tak, że zachodzi potrzeba założenia kaniuli na nowo przez zwężony już otwór tracheotomijny, który nieraz dopiero rozwieraczem lub nożem trzeba rozszerzać.

5) Chorzy przyzwyczajeni do wdechania przez kaniulę znaczniejszej ilości powietrza, doznają jego braku po usunięciu kaniuli i duszą się, co zresztą ma niekiedy swoję przyczynę i w porażeniu więzadeł głosowych.

B) Po intubacyi:

1) Występuje zrazu mocny kaszel przez drażnienie ciałem obcem, jakiem jest wprowadzony *tubus*, który też nieraz chory wykrztusza; zwykle wszakże, zwłaszcza w przypadkach dławca, tylko do krtani ograniczonego, następuje wykrztuszenie błon przez *tubus* a przezto i widoczne polepszenie się oddychania; po kilku godzinach dzieci zupełnie dobrze przyzwyczajają się do rurki.

2) Dopływ powietrza przez *tubus* jest dostateczny a wpływające powietrze wilgotne i bez pyłu, nie osusza i nie zakaża błon śluzowych; dlatego też i inhalacye są tu zupełnie zbyteczne.

3) Tubus pozostawiają jedni w krtani do 10 dni, inni, jak Widerhofer, wyjmują go systematycznie raz na dobę, n. b. jeźli nie ma pod tym względem innego, naglejszego wskazania, jak np. duszenia się skutkiem zapchania *tubusa* błonami lub śluzem, kiedy to natychmiast rurkę wyjąć i oczyścić należy; wyjmuje się też *tubus* i w przebiegu choroby na parę godzin dla przekonania się o drożności przewodu oddechowego.

4) W przypadkach rozległego dławca chorzy doznają przez wykrztuszenie błon czasowo ulgi; nieraz wszakże światło rurki wypełnia się szczelnie oderwanemi błonami, lub też spycha je *tubus* ku dołowi i zatyka światło tchawicy. Duszność w takim razie występująca skutkiem nagromadzenia się błon, które nawet po wyjęciu *tubusa* nie zo-

stają wykrztuszone, stanowi *periculum in mora* i daje wskazanie do tracheotomii z rokowaniem zazwyczaj niepomyślnem.

5) Zresztą mogą chorzy rurkę bądź wykrztusić, bądź połknąć; wreszcie może się ona osunąć do tchawicy; w pierwszym razie intubuje się na nowo, względnie tracheotomuje; połknięcie *tubusa* nie sprowadza groźniejszych następstw a *tubus* odchodzi z kałem; wpadnięcie do tchawicy wymaga natychmiastowego usunięcia go za pomocą tracheotomii; zdarza się to jednak rzadko a łatwo mu zapobiedz przez uwiązanie *tubusa* na nitce, którą następnie przytwierdza się przylepcem na policzku.

6) Połykanie u intubowanych jest utrudnione, choćby z bezpośredniej alteracyi *tubusem* mięśni połykowych i zamykających głośnię; wzbudza ono obawę z powodu możliwości zachłyśnięcia się i następowego zapalenia płuc. Należy zatem podawać pokarm łyżeczkami dopiero w kilkanaście godzin po intubacyi, w położeniu na wznak, lub za pomocą zgłębnika żołądkowego, czy też w lewatywach; wreszcie rzadziej a w większej na raz ilości po wyjęciu *tubusa* z krtani.

7) *Tubus* wywołuje, acz rzadko, owrzodzenia odleżynowe i następowo nawet obumarcie chrząstek z przedziurawieniem przedniej ściany tchawicy; nie tyle przez ucisk, jak raczej skutkiem tarcia rurki przy ruchach połykowych i kaszlu przypadłości te powstają, zwłaszcza w zbyt wczesnym wieku, wobec komplikujących zakażeń ogólnych, odry lub płonicy, wreszcie zależą od stopnia samegoż zakażenia błoniczego.

Zważywszy nakoniec, że każda intubacya i ekstubacya jest dla chorego przykra a intubowany musi wobec tylu grożących sobie niebezpieczeństw pozostawać pod stałym nadzorem lekarza, wprawnego równie dobrze w intubacyi jak i tracheotomii, przychodzi się do ostatecznych wniosków, że:

a) Intubacya ma pierwszeństwo przed tracheotomią w przypadkach dławca ograniczonego do krtani i górnej części tchawicy.

b) W razie opuszczenia się sprawy dławcowej na dalszą część krtani i na oskrzela *(tracheobronchitis crouposa)* intubacya już nie wystarcza a konieczną jest tracheotomia.

c) Intubacya jest przeciwwskazaną wobec rozległej błonicy gardła z równoczesnem ogólnem zakażeniem, jak niemniej wobec powikłań dławca z odrą, płonicą, zapaleniem płuc; już nawet znaczny przerost migdałków sam przez się znacznie utrudnia rękoczyn.

d) U dzieci poniżej 2 lat intubacya jest trudna z powodu małej pojemności gardła, jak niemniej z obawy przed odleżyną, ze względu na utrudnienie karmienia a wreszcie niedostateczne odkrztuszanie i, co za tem idzie, nagromadzenie się wydzieliny w oskrzelach [6]).

e) Jeżeli po ukończeniu się sprawy dławcowej leczonej tracheotomią zachodzą trudności w usunięciu kaniuli, to intubacya dopełniczo użyta, ułatwia i kończy leczenie.

Metoda O'Dwyera nie usunie zatem w zupełności tracheotomii; niemniej jednak wyrobiła sobie równorzędne stanowisko z tracheotomią, którą też w niektórych przypadkach zastępuje lub uzupełnia, w innych zaś stanowczo przewyższa.

Dr. Leopold Kosiński.

Terapia.

Massalongo i Silvestri: Działanie lecznicze dyuretyny.

Autorowie wyrażają zdanie, zresztą już znane, że dyuretynę należy uważać za środek moczopędny a nie za działający na czynność serca. Działa ona na tkankę nerkową w ten sposób, że powiększa wydzielanie się moczu nawet wtedy, gdy mięsień sercowy nie oddziaływa na swoiste środki nasercowe. Dyuretyna nie wywiera wpływu bezpośredniego na czynność serca; powiększa wprawdzie ciśnienie krwi w tętnicach, dzieje się to jednak pośrednio wskutek powiększenia się dyurezy i zmniejszenia się obrzęków. Bardzo uderzającem jest działanie pomyślne dyuretyny w obrzękach w chorobach serca i nerek; natomiast słaby albo ujemny wpływ jej jest w marskości wątroby, wobec wysięków opłucnowych lub innych.

W dawkach 4—6 grm. nie sprowadzał lek ten żadnych szkodliwych objawów, jak n. p. białkomoczu, biegunki, wymiotów i t. d.

Działanie swe zawdzięcza dyuretyna głównie teobrominie, gdy drugi składnik, salicylan sodowy, służy tylko do ułatwienia rozpuszczalności i wessalności dyuretyny.

W pierwszych okresach niedomogi serca rozwija teobromina i salicylan sodowy słabe tylko działanie i ustępuje pod tym względem o wiele innym środkom nasercowym, jak naparstnicy i *strophantus;* dopiero w późniejszych okresach działa pomyślnie.

Z różnych postaci chorób serca, najlepiej działa dyuretyna w wadach zastawki dwudzielnej, mniej w wadach ujścia tętnicy głównej. W cierpieniach nerek otrzymuje się najlepsze skutki w ostrych postaciach zapalenia. (*Riforma medica. Nr. 58. 1893*).

Schinzinger: Loretyna (*loretinum*) nowy środek przeciwgnilny.

Przykra woń jodoformu i powstawanie sztucznych wyprysków na skórze po użyciu tego środka, skłoniły autora do podjęcia prób z loretyną, wyrabianą przez znaną fabrykę Meister Lucius i Brüning w Höchst n. M. Właściwa nazwa chemiczna tego nowego przetworu jest: kwas meta-jod-orto oksy-chinolin-ana-sulfonowy. Loretyna tworzy proszek krystaliczny, żółty, przypominający jodoform, jednakże zupełnie bezwonny. W wodzie i wyskoku rozpuszcza się trudno: w eterze i olejach jest nierozpuszczalna, natomiast tworzy z substancyami temi zawiesiny, które w pewnych celach bardzo dobre oddają usługi. Proszek loretyny czysty lub też zmięszany z magnezyą paloną nadaje się bardzo dobrze jako posypka na powierzchnię ranną i do wdmuchiwań. Jako kwas może loretyna łączyć się z tlenkami metali i tworzyć sole; sole alkaliczne są łatwo rozpuszczalne i mogą w 2—5% roczczynie posłużyć do wymywań i okładów w miejsce kwasu karbolowego. Sól wapniowa nie rozpuszcza się w wodzie i dlatego używa się jej do wyrabiania gazy loretynowej w ten sposób, że gazę napojoną solą sodową loretyny zanurza się w roztczynie chlorku wapniowego. S. używa gazy loretynowej do tamponowania.

Dokładne badania Schinzingera wykazały zupełną nieszkodliwość środka tego dla ustroju a badania bakteryologiczne wykonane przez Ammelburga będą osobno ogłoszone.

S. używa loretyny w postaci kolodyum, posypki, gazy i pręcików. Wyniki leczenia były bardzo pomyślne. Loretyna przyspiesza między innemi gojenie się róży, liszaja żrącego, rozległych oparzeń, czeraków i t. p. Z większych operacyj przytacza S.: częściowe wypiłowanie szczęki górnej, tracheotomie, artrektomie i w. i., w których używał loretyny z pomyślnym wpływem na gojenie się. (*Rozpr. Tow. przyrodn. i lek. niem. w Norymberdze. 1893. Osobne odbicie*).

B.

Choroby nerwowe.

Dantec: Nieznany dotychczas przypad histeryi.

D. zwraca uwagę na nieznany dotychczas przypad histeryi, t. j. czucie w barwach zbliżone do słyszenia w barwach.

Przypad ten znajduje się u histeryczek z całkowitą nieczulicą. Jeżeli się jej oczy zawiąże, widzi taka histeryczka barwę zieloną, gdy się ją szczypie. Czucie w barwach zmienia się według sposobu drażnienia: na ukłucie widzą chore kolor czerwony, na gorąco żółty.

---

[2]) [5]) Prof. Dr. M. L. Jakubowski. Porównanie wyników leczenia dławca za pomocą tracheotomii a intubacyi krtani metodą O' Dwyera. Referat odczytany na pos. sekcyi medycyny wewn. Zjazdu lek. w Krakowie r. 1891.

[1]) [3]) [6]) Dr. Stanisław Momidłowski. O intubacyi w dławcu. (*Przegląd lekarski* z r. 1892. Nr. 22. 23. 25.)

[4]) Prof. Dr. H. Ranke. Intubation und Tracheotomie nach dem Ergebniss der von der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde veranstalteten Sammelforschung. (Münch. medic. Wochenschr. r. 1893 Nr. 44.)

Kolor widziany za ukłuciem u tejże samej osoby nie zawsze bywa jednaki; innym razem widzą te chore niekiedy jedynie błyski.

Jeśli są tylko miejsca pewne pozbawione czucia, to czucie barw pojawia się tylko za zadrażnieniem tych miejsc nieczułych.

Barwa widziana bywa różna nie tylko u różnych osób, ale bywa różna i u tej samej osoby, według tego, czy się drażni skórę kończyny górnej czy dolnej.

D. oświadcza wyraźnie, że ten przypad histeryi nie występuje zaraz przy pierwszem badaniu, lecz dopiero po zwróceniu nań uwagi osób badanych, i że wymaga pewnej wprawy.

Luigo przeto sądzi, że wszystko to może być tylko skutkiem poddania czyli suggestyi.

W każdym razie rzecz zasługuje na dalsze badanie. (*La médecine moderne. 25. listopada. 1893*). *D.*

Gerhard: Kiła rdzenia pacierzowego.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego berlińskiego odbytem w dniu 15. listopada b r. zdawał G. sprawę ze spostrzeżeń swoich, tyczących się kiły układu nerwowego a w szczególności związku między kiłą a chorobami rdzenia pacierzowego. Zestawiwszy właściwą literaturę, w której nie pominął także spostrzeżeń ogłoszonych przez Goldflama w Warszawie, opisuje G. 9 przypadków choroby rdzenia u osób dotkniętych kiłą. W dwóch przypadkach cierpienie tyczyło się kręgosłupa. G. zwraca uwagę, że zajęcie kręgosłupa następuje albo przez rozszerzenie się sprawy chorobowej z czaszki, albo z gardła, albo wreszcie, jak w jednym przypadku autora, po urazie. Co do treści przewodu kręgowego, może kiła zająć opony, naczynia, rdzeń lub korzonki nerwowe. Substancya nerwowa rzadko kiedy zajęta jest przez zmiany chorobowe; najczęściej ulegają im naczynia, głównie zaś tętnice. Pomijając wyczerpujący opis przypadów, zwraca G. tylko uwagę na: 1) zmienne zachowanie się odruchów ścięgnistych, występowanie ich kolejne i znikanie, 2) występowanie analgezyi, którą spostrzegł pierwszy Fournier i 3) zajęcie połowicze t. zw. *hemilaesio medullae* Brown-Séquarda, którą G. uważa jako następstwo kilakowego (*gumma*) schorzenia rdzenia.

Zmiany kiłowe mózgordzeniowe mogą występować za życia pod postacią rozmaitych chorób np. wiądu rdzeniowego i innych. Czas, który upływa od zakażenia aż do wybuchu choroby układu nerwowego ośrodkowego, bywa różny; może wynosić kilka miesięcy a dochodzi niekiedy do 20 lat. Przechodząc do tylokrotnie omawianego związku etyologicznego pomiędzy kiłą a wiądem rdzenia, staje Gerhardt po stronie tych, którzy związek ten uważają za pewny, jakkolwiek tylko u 50% dotkniętych wiądem, wykazać można było na pewne zakażenie kiłowe. Leczenie przeciwkiłowe mimoto nie wydaje korzystnych rezultatów, co G. przypisuje tej okoliczności, że chorzy udają się zbyt późno po radę lekarską do kliniki i szpitalów. Praktyka prywatna może lepsze uzyskać wyniki, szczególnie gdy niewiele czasu upłynie od pierwszorzędnej zmiany kiłowej a chorzy dobrze są odżywieni.

W dyskusyi, która wywiązała się nad tym wykładem, Mendel i Senator popierali stanowczo wywody Gerhardta co do związku przyczynowego pomiędzy kiłą a wiądem, przyczem Senator zwrócił uwagę na okoliczność, że niekorzystne wyniki leczenia przeciwkiłowego wcale przeciw temu związkowi przyczynowemu nie przemawiają. Wiąd rdzenia nie jest wyrazem zmian kiłowych, lecz tylko następstwem kiły, która uczyniła rdzeń skłonnym do powstania w nim wiądu. Opierając się np. na bezskuteczności leczenia zwyrodnień skrobiowatych (*amyloid*) narządów wewnętrznych możnaby przeczyć istnienia związku między kiłą a tem zwyrodnieniem.

Jako przeciwnik etyologicznego znaczenia kiły dla wiądu rdzenia wystąpił Lewin. Virchow zaś oświadczył, że teraz nie można jeszcze orzec nic stanowczego pod tym względem. (*Deut. medic. Wochenschrift. 1893. Nr. 47.*). *Dr. Beck.*

Choroby oczne.

Dianoux: Cierpienia oka w chorobach zakaźnych.

Choroby zakaźne łączą się często z cierpieniami oka, które występują w trzech postaciach, t. j. jako *phlebitis*, *cyklitis* i *panophthalmitis*. Zakażenie następuje za pośrednictwem naczyń krwionośnych, gdy w cierpieniach mózgowych, zmieniających płyn mózgowo-rdzeniowy, infekcya odbywa się przez naczynia limfatyczne i nie sprowadza nigdy ropienia.

Phlebitis zdarza się najczęściej w rekonwalescencyi. Wzrok niknie albo bardzo upośledza się w miarę tego, czy główne naczynie, czy też jego gałązka zostanie zajętą. Przy tem niema ani bólu, ani nastrzykania, ani też światłowstrętu. Wziernik okazuje tutaj 2 rodzaje obrazów, t. j. mamy rozdęcie żyły przez długi czopek skrzepu, który prędko zmienia barwę i przybiera wejrzenie białej smugi, dzielącej się wraz z gałązkami naczynia. Czopek ten ulega prędko wessaniu i niknie. W innych przypadkach mamy obraz odmienny: dno oka pokryte wynaczynionkami rozległemi, na obwodzie tworzą się prawdziwe sadzawki krwi, jak po wynaczynionkach w ciąży. Plamka żółta bywa niezmienioną. Resorpcya wynaczynień postępuje bardzo szybko w porównaniu z wessaniem wynaczynień w przypadkach stwardnienia tętnic (*arteriosclerosis*) i po kilku miesiącach nawet śladu niema po nich. Tętnica bywa tak zwężoną, że trudno jej dostrzedz.

Druga postać, t. j. *cyklitis*, zdarza się albo podczas choroby głównej albo też dopiero w rekonwalescencyi. Różni się ta *cyklitis* znacznie od *cyklitis* urazowej już przez to, że albo wcale nie towarzyszą jej bóle, albo tylko nieznaczne. Zdaje się, jakby sam miąższ ciałka rzęskowego nie brał w zapaleniu udziału, lecz tylko przybłonek jego i że to on wypaca ciałka do cieczy wodnej i ciałka szklanego. Nastrzykanie rzęskowe jest barwy malwy bez nastrzykania spojówki a wreszcie zejście jest pomyślne, gdyż oko w końcu wraca do stanu prawidłowego, nigdy zaś nie ulega zanikowi, jak po *cyklitis traumatica*. Tak się rzecz ma, jeżeli głównym czynnikiem są mikroorganizmy mało ropotwórcze, jak n. p w tyfusie lub zapaleniu płuc, gdzie owe zarodki wstrzyknięte do przedniej komórki oka królika, wywołują tylko zaćmienie w ciałku szklanem a n. p. tyfusowe laseczniki równocześnie w jelitach kolonie typowe.

Jeśli jednak podstawą cierpienia pierwotnego są n. p. *streptococcus* lub *staphylococcus aureus*, wtedy cierpienie oka przybiera ten sam charakter i przebieg, jak gdyby infekcya nastąpiła z zewnątrz; zatem *chemosis*, mocne nastrzykanie spojówki, wysadzenie gałki ocznej i znaczne bóle świadczą o zapaleniu ropnem gałki. To zdarza się często w róży i gorączce połogowej. Tylko rzadkie są infekcye obustronne. Autor sądzi, że nasilenie zapalenia zależy po części i od natury zarazka, ale i od ilości, w jakiej do oka dostał się. Rozpoznanie tych trzech form za pomocą wziernika nie jest trudne. (*Annales d'oculistique. Septembre. 1893*).

M. E. Valude: Antypiryna jako środek leczniczy w pewnych postaciach zaniku nerwu wzrokowego.

Autor podaje jako nowy i skuteczny środek przeciw zanikowi nerwu wzrokowego wstrzykiwania podskórne antypiryny. Nie działa ona wprawdzie wcale na włókna nerwowe, ale działa na naczynia obwodowe, sprowadzając ich rozszerzenie. Ponieważ nerw wzrokowy ma także zrąb z tkanki łącznej, w której przebiegają naczynia, antypiryna rozszerzając je, ułatwia bardzo wessanie produktów pozapalnych tamże się znajdujących a równocześnie poprawia odżywienie włókien nerwowych przez to rozszerzenie naczyń. Dlatego autor ogranicza użycie antypiryny do form zaniku nerwu wzrokowego pozapalnych a wyklucza od tego leczenia zanik nerwu wzrokowego w wiądzie rdzenia oraz zanik wskutek ucisku, czy to wskutek guzów, czy też wynaczynień śródczaszkowych. Ponieważ jednak w początku zaniku nie wszystkie włókna znajdują się w jednym i tym samym okresie sprawy chorobowej, ale jedne może są jeszcze nienaruszone, drugie zaś już zanikają, dlatego też antypiryna nie może przywrócić zupełnej sprawności wszystkim włók-

nom, ale raczej zapobiega, by reszta zdrowych nie uległa zanikowi. Autor zaleca więc, by środka tego używać w tych razach i tych stopniach zapaleń nerwu wzrokowego, w których ustąpił stan zapalny, przetwory rtęci już nie działają a tarcza nerwu wzrokowego zaczyna przybierać barwę białą. Im później użyje się antypiryny, tem wątpliwszy będzie wynik leczniczy. Autor udowadnia kilkoma przypadkami, że bystrość widzenia w dal nie tyle się zwiększa, ile widzenia w pobliżu tak, że chorzy zupełnie dobrze oddawać się mogą pracy ocznej.

Do wstrzykiwań używa się roztworu wodnego antypiryny: 1 gram na 2 gramy wody i zastrzykuje się co drugi dzień po 2 gramy a później i po 4 gramy tego roztworu w okolicę lędźwiową lub miąższ łopatki; mały dodatek kokainy łagodzi nieco ból, który jest dość znaczny. Stósowanie to jest o wiele lepsze, aniżeli zadawanie wewnętrzne antypiryny, gdyż nie widziano tutaj nigdy ubocznych działań antypiryny, jak nudności, bólu żołądka, potów i t. p., które przy używaniu wewnętrznem całe leczenie dla pacyenta robią nader uciążliwem. (*Annales d'oculistique. Septembre. 1893*). *Dr. Brudzewski.*

Choroby dzieci.

L. Unger: **Dyetetyka i odżywianie dzieci.**

Ustrój dziecięcy potrzebuje do wzrostu o wiele więcej stósunkowo materyj odżywczych (tłuszczu, białka, węglowodanów, soli i wody), niż ustrój dorosły, gdyż u osesków przemiana materyi odbywa się o wiele prędzej i więcej zużywa azotu a wydziela bezwodnika węglowego. Stósownie do szybkiej wymiany dobranych składników pożywczych, odbywają się czynności fizyologiczne przewodu pokarmowego. Błona śluzowa jamy ust, posiadająca już w pierwszych dniach życia oseska gruczoły ślinne i śluzowe, jest w pierwszych 3 miesiącach więcej sucha, lecz właściwy składnik śliny, t. j. ferment zmieniający skrobię w cukier i dekstrynę, istnieje już w pierwszych dniach; to też reakcya śliny jest słabo kwaśna lub obojętna; u starszych dzieci wydzielina większa, oddziaływanie wyraźnie kwaśne. Błona śluzowa żołądka noworodków okazuje w swych gruczołach wyraźne dwa rodzaje komórek: przybrzeżne i główne (*Belegzellen* i *Hauptzellen*). Sok żołądkowy osesków oddziaływa obojętnie lub kwaśno w obecności wolnego kwasu solnego lub bez niego; zawiera zwykle, lecz nie zawsze, wolny kwas solny, pepsynę lub pepsynogen i podpuszczkę, która stale już u noworodków znajdując się, wywołuje zserowacenie (*caseificatio*) mleka, choćby oddziaływanie soku było obojętne. Pepsyna z kwasem solnym, stale wydzielającym się podczas obecności treści pokarmowej w żołądku a wiążącym się z białkiem i solami, peptonizuje i rozpuszcza skrzepłe białko. Jak długo mleko zatrzymuje się w żołądku dziecka, to zależy od rodzaju pokarmu i wieku oseska; czas w pierwszych paru miesiącach wynosi, co najwięcej, $1\frac{1}{2}$ godziny, u starszych mlekiem krowiem karmionych do 2 godzin. — Peptony dostające się z żołądka do dwunastnicy i jelit ulegają dalszym zmianom pod wpływem żółci wydzielającej się u osesków w większej ilości, niż u dorosłych, i soku trzustkowego, zawierającego substancye trawiące białko (trypsynę), jakoteż tłuszcz, substancyę zaś, rozkładającą skrobię (*amylolytica*, cukier tworząca), dopiero od 2. miesiąca.

Wszystkie substancye białkowate mleka matczynego zostają przez soki przewodu pokarmowego oseska strawione, mleka zaś krowiego tylko w części strawione; reszta w grubych kiszkach ulega gniciu, przyczem powstają gazy i inne produkta aromatyczne, jak indol, fenol, skatol. Inne składniki materyału odżywczego nie zawierające azotu, jak cukier, ulegają częściowo jako takie wessaniu a z reszty powstają produkta rozpadowe takie, jak z węglowodanów: bezwodnik węglowy, kwas mlekowy, masłowy, wywołujące kwaśne oddziaływanie stolców.

Stolce osesków oddziaływają w stanie fizyologicznym słabo kwaśno i mają woń skwaśniałego mleka. W każdym stolcu dziecka znajdują się stale dwa znane rodzaje drobnoustrojów: *bacterium lactis aërogenes* i *bacterium coli commune*. Co do moczu, to ilość jego u osesków karmionych mlekiem matki jest większa, niż u żywionych mlekiem krowiem a ilość azotu w nim zawartego prawie o połowę mniejsza. (*Wien. med. Presse. Nr. 16 i 17. 1893*).

Dymitr Galotti: **Badanie nowej mączki odżywczej dla dzieci.**

Karmienie dzieci mączkami bez względu na to, jakiego do tego używa się surogatu, przed 6. miesiącem życia jest szkodliwe dla dziecka, gdyż dopiero koło tego czasu gruczoły ślinowe wydzielają ilość fermentu potrzebną do ich strawienia. Mączka Pruzmanna ma wielkie zalety przed innemi preparatami, gdyż:

1) sprzedawaną jest w papierowych puszkach, które po napełnieniu wyjaławia się w 120° C.

2) Co do składu chemicznego, to w porównaniu z innemi mączkami (Nestlego, Gerbera, Frericha, Löfflunda, Schustera wiedeńską) zawiera dwa razy tyle substancyj białkowych a znacznie mniej wodanów węgla. Te znaczne ilości ciał białkowatych przypisać należy temu, iż do mączki tej dodany jest aleuronat Bundhausena, który wedle badań Grubera i Kornautha jest bardzo łatwo strawny. Autor podawał mączkę tę dzieciom mającym od 7 miesięcy do 2 lat z bardzo dobrym skutkiem w formie kleikowatej: 1 łyżka na 6 lub wodnistej: 1 na 12 do 14 łyżek mleka. *(Archiv. für Kinderheilk. XV. B. V. i VI. H. 1893.)*

Dr. Komorowski.

Przegląd terapeutyczny.

— Na posiedzeniu Towarzystwa terapeutycznego paryskiego zdawał sprawę Dr. Main z doświadczeń porównawczych zrobionych przez siebie i Dra Lemańskiego w oddziele szpitalnym Dujardin-Beaumetza w przedmiocie wsysania leków przez żołądek i odbytnicę. Doświadczeń tych dokonano ze salicylanem sodowym, salolem, antypiryną, jodkiem potasu, terpentyną i błękitem metylenowym. Po przekonaniu się o prawidłowej czynności żołądka i nerek u osoby, na której robiono próby, zadawano jej naprzód przez jamę ustną ściśle oznaczoną dawkę leku. Gdy już zniknął zupełnie z moczu wszelki ślad zażytego leku, zadawano jej w postaci wydrążonego czopka (*suppositorium*) Kuglera w dwa lub trzy dni potem równą ilość tego samego leku.

Salicylan sodowy zadany przez żołądek okazuje się w moczu po 35, zadany zaś przez odbytnicę po 25 minutach. Antypiryna okazuje się w moczu w razie zadania przez żołądek po 40 a przez odbytnicę po 25 minutach.

Po zadaniu przez jamę ustną ukazuje się jodek potasu w ślinie po 15 minutach a zadany przez odbytnicę w moczu już po 10 minutach, przyczem atoli zwrócić należy uwagę, iż jodek potasu wywołuje po zadaniu przez odbytnicę bardzo przykry ból i że osoba, na której robiono te doświadczenia, ledwie zatrzymała sobie czopek.

Błękit metylenowy zabarwia mocz po zadaniu przez żołądek po 40 minutach a przez odbytnicę dopiero po 75 minutach.

Salol zażyty przez żołądek okazuje się w moczu po 30 minutach, zadany zaś przez odbytnicę dopiero po 4 godzinach, co tem się tłómaczy, że salol rozkłada się w przewodzie pokarmowym tylko pod wpływem ałkalicznego soku trzustkowego.

Olejek terpentynowy zażyty przez żołądek już po 45 minutach nadaje moczowi znanej woni fiołkowej, zadany zaś przez odbytnicę nigdy tego nie robi.

Również nie ulega żadnemu wessaniu olejek santałowy, który zresztą wywołuje zapalenie odbytnicy.

Z doświadczeń tych opisanych szczegółowo w rozprawie inauguralnej Dra Lemańskiego wypada, że można wiele leków zadawać przez odbytnicę i że tylko niektóre z nich całkiem nie ulegają wessaniu, tudzież że w ogólności zgodnie z poszukiwaniem Demarquaya wessanie jest szybsze przez odbytnicę, niż przez żołądek.

(*Bulletin géneral de Thérapeutique. 9. 1893.*)

— Brocq w Paryżu poleca następujący sposób wcierania szaruchy:

Pierwszego wieczora chory namydliwszy sobie dobrze łydkę lewą, przy pomocy wody ciepłej a następnie obsuszywszy ją wciera w nią 3 do 4 gramów szaruchy, na co potrzebuje kwadransa czasu i obwija ją następnie flanelą na całą noc. Następnego dnia rano oczyszcza ją starannie wodą z mydłem.

Następnego wieczora robi się toż samo z udem lewem, 3 go wieczora z udem prawem, 4 go z łydką prawą a następnie rozpoczyna się nową kolej wcierań w ten sam sposób. Skoro pod wpływem tych wcierań zaczerwieni się skóra, należy wcierań zaprzestać na kończynach dolnych a przenieść się z niemi na klatkę piersiową i ramiona.

O ile można, należy dążyć do tego, by chory sam sobie wcierał szaruchę i pochylony ku przodowi trzymał głowę ponad miejscem wcierania, gdyż w ten sposób pewna część rtęci unosząc się w powietrzu dostaje się do dróg oddechowych.

Tak robi się wcierania przez 8 dni z rzędu; następnie pauzuje przez 6 dni i znowu robi wcierania przez 8 dni. Przez cały ten czas chory zażywa jodek potasu tak, iż cały okres tego leczenia trwa 22 dni, poczem, jeżeli tylko wcierano szaruchę starannie, zwykle przekonać się można o znakomitem polepszeniu.

Jeżeli ma się używać rtęci i jodu wewnętrznie, najlepiej przepisywać każde z nich osobno, do czego nadają się formuły następujące, oczywiście ze zmianą dawki w miarę potrzeby:

Rp. *Liquoris van Swieteni* . *30·00*
Elixirii paregorici [1]) *2·00*

MDS. Zażywać rano po łyżce stołowej z mlekiem.

a dla jodku potasu:

Rp. *Kalii jodati* *40·00*
Aquae dest. *160·00*

DS. Po łyżeczce od kawy (t. j. po gramie jodku potasu) podczas jedzenia.

Jeżeli niektórzy chorzy nie znoszą samego jodku potasu, znoszą go nieraz z arsenianem sodowym a wtedy można użyć następującego przepisu:

Rp. *Kalii jodati* *20·00*
Natrii arsenicici *0·02*
Ttrae belladonnae guttas 30
Aquae destil. *80.00*

I w tym rozczynie łyżeczka od kawy zawiera gram jodku potasu (obok miligrama arsenianu sodowego).

— Poszukiwania Laplaca, Hammera i innych dowiodły, że przez połączenie kilku środków antyseptycznych otrzymuje się nieraz nowe ciało o działaniu antyseptycznem o wiele dzielniejszem, niż każdy składnik z osobna.

Na tej zasadzie Christmas i Respaut przekonali się przez staranne doświadczenia, iż środkiem bardzo dzielnym a dla ustroju nieszkodliwym jest mięszanina:

Rp. *Acidi carbolici* *8·00*
Acidi salicylici *1·00*
Olei menthae anglicanae guttas 10

Wodny rozczyn $^1/_2$ % tej mięszaniny zabija mikroby ropy zwykłej, ropy niebieskiej, błonicy i duru, rozczyn $^1/_2$ ‰ zabija po 30 sekundach lasecznika wąglika a zatem jest 5 razy mocniejszy od czystego kwasu karbolowego. Plwociny gruźlicze są wyjałowione po 15 minutach rozczynem 1‰. Mocz gnijący wyjaławia się po 5 minutach przez zmięszanie z tym rozczynem. Do wyjaławiania śliny i błony śluzowej jamy ustnej wystarcza rozczyn $^1/_2$ %.

Środek ten, zdaniem wymienionych autorów, w razie potrzeby stósownie zmieniony, może oddać w praktyce znakomite usługi. (*Revue illustrée de Polytechnique médicale et chirurgicale. 30. listopada. 1893*).

[1]) Środek napotny i kojący zawierający kwas bedźwinowy (*acidum benzoicum*), szafran, olejek anyżowy, makowiec i płynny amoniak.

Notatki terapeutyczne.

Dumas przekonał się (równie jak wielu przed nim) o skuteczności akonityny w newralgiach nerwu troistego (*nervi trigemini*), w migrenie, bólu nerwowym międzyżebrowym, gośćcu stawowym ostrym. Ponieważ akonityna działa bardzo energicznie, trzeba ją zadawać w dawkach nadzwyczaj małych (po $^1/_5$ miligrama) w postaci przetworu zupełnie pewnego, jakim jest azotan akonitynowy krystaliczny francuski Duquesnela. Dumas zaczyna od trzech dawek dziennie a dochodzi co najwięcej do sześciu po $^1/_5$ miligrama.

Sprawozdawca *Przeglądu lek.* przekonał się również już dawniej o skuteczności akonityny w newralgii nerwu troistego a przepisuje ją tak:

148) Rp. *Aconitini nitrici cryst. Duquesneli*
centigrma unum
Solve in
Aquae destil. s. q.
Dein adde
Exti et pulv. radd. liquiritiae
(*vel rhei* w razie potrzeby)
āā q. s.
M. exactissime.
F. l. a. pill. nro quinquaginta.

S. Rano, w południe i wieczór po pigułce zażywać.

Przeciw łuszczycy (*psoriasis*) zaleca się kwas chryzofanowy z gutaperką w rozczynie chloroformowym sporządzonym według przepisu:

149) Rp. *Acidi chrysophanici* *10·00*
Solve in
Chloroformii *90·00*
Misce cum solutione
Guttaperchae *10·00*
in
Chloroformii *90·00*

Na łuszczycę zaś skóry pokrytej włosami zaleca się obmywania gąbką napojoną płynem:

150) Rp. *Boracis venetae* *5·00*
Aquae coloniensis *10·00*
Aquae fontis *250·00*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie III. dnia 5. listopada 1893.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 11.

1) Po próbach co do rozpuszczalności i dokładności wyrobu kapsułek z węglanem kreozotowym fabryki chemiczno-farmaceutycznej *Hygea* mag. farm. Maryana Zahradnika w Złoczowie, dokonanych przez Dra M. Piątkowskiego, uchwalono przedstawić Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu, by i te kapsułki, które równie, jak inne przez fabrykę tę wyrabiane a już poprzednio przez Towarzystwo lekarskie krak. polecone, swą elegancyą i ścisłością wyrobu stoją na wyżynie techniki farmaceutycznej, zaliczyć do rzędu przetworów leczniczych krajowych godnych polecenia. (Wniosek ten Towarzystwo lekarskie krakowskie zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 22. listopada 1893.).

2) Na podstawie prób rozpuszczalności i dokładnego badania sposobu fabrykacyi a co do pastylek nitroglicerynowych także na podstawie należytego działania farmakologicznego, wykazanego sfigmografem i pletysmografem, o którem przekonali się Drowie Ludomir Korczyński i M. Piątkowski, uchwalono przedstawić Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu, jako polecenia godne następujące wyroby mag. farm. F. Sobierajskiego aptekarza w Krakowie: pastylki z nitrogliceryną (po 0·001), pigułki ocukrzone z kreozotem (po 0·05) i z gwajakolem (po 0·05), perełki ocukrzone z arsenianem sodowym (po 0·001)

i takież perełki ze strychniną (po 0·001). Wyroby te odpowiadają w zupełności wszelkim wymaganiom techniki farmaceutycznej. (Wnioski te Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 22. listopada 1893.).

3) Uchwalono za pośrednictwem Dra A. Wachtla, delegata komisyi przemysłowo-lekarskiej we Lwowie, postarać się, ażeby przetwory krajowe polecone przez Towarzystwo lek. krakowskie, zyskały poparcie także ze strony Tow. lekarskiego galicyjskiego.

4) Zastanawiano się nad wyrobem w kraju wyciągu mięsnego, któryby zastąpił wyciągi mięsne dotychczas z zagranicy sprowadzane, nad wyrobem chleba dla chorych cierpiących na moczówkę cukrową, wreszcie nad produkcyą mydła szarego i przetworów manganowych.

5) Przyjęto do wiadomości pięć świadectw lekarskich i weterynarskich nadesłanych przez zarząd mleczarni w Gnojniku za czas od 16. maja do 2. listopada 1893 r. i dziesięć takichże świadectw nadesłanych przez zarząd mleczarni w Śledziejowicach za czas od 31. maja do 1. października 1893 r.

Sekretarz komisyi przem. lek. *Dr. Michał Śliwiński.*

VI. W jaki sposób należy uczyć się chemii lekarskiej?

Napisał

Dr. med. Eugeniusz Kozierowski,

asystent katedry chemii w Uniw. lwowskim.

(Dok. Patrz Nr. 49.)

W ten sposób doszliśmy do końca tak, że dla obeznanego z chemią organiczną tyrozyna nie przedstawia obecnie żadnych wątpliwości ani co do budowy, ani co do miejsca, jakie jej przypada w systematyce chemicznej. Inaczej jednak rzecz się ma z tym, który nie znając chemii ogólnej a chcąc poduczyć się chemii lekarskiej, przyszedł do laboratoryum i otrzymał to ciało. Wiedzieć może tylko tyle, że otrzymał jakieś kryształki podobne do setek innych kryształków; wie dalej, że ciało otrzymane jest kwasem para-oksy-feniloamidopropionowym. Po za to nic więcej. Czy te wiadomości objaśniają cokolwiek i czy zaspokoić mogą pracownika, o tem wątpię. Przy najusilniejszej dalszej pracy i poszukiwaniach niczego on się więcej nie dowie, dopóki nie zrozumie, co to są połączenia p a r a, co znaczy słowo o k s y, co to jest k w a s p r o p i o n o w y, co są w ogóle kwasy, jaka ich budowa i pochodzenie. Aby jednak to wiedzieć, trzeba znać prawie całą chemię organiczną. Przytoczony przykład jest jednym z prostszych; cóż więc dopiero mówić o ciałach trudniejszych do otrzymania i o zawilszej budowie, które tak często znajdujemy w organizmie ludzkim. Niech ten jeden przykład wystarczy na poparcie twierdzenia, że do chemii lekarskiej brać się nie warto i nie można nie mając odpowiednich podstaw praktycznych i teoretycznych. Kto postępuje przeciwnie, ten łudzi się sam i naraża się na stratę czasu. Z naciskiem to powtarzam, gdyż wiem, że właśnie tak robi wielu.

Od chemii lekarskiej odróżnić jednak trzeba analizę chemiczno-lekarską. Jestto poddział chemii zostający w najściślejszym związku z kliniką.

Wielu zadawalnia się chęcią nauczenia się tylko analizy chemiczno-lekarskiej czyli poznania systematycznego biegu rozbioru moczu, treści żołądka, kału, wypocin i przepocin, mleka, żółci, kamyków żółciowych i moczowych i innych przypadkowych badań potrzebnych do rozpoznania i wpływających na leczenie chorego.

Dojście do tych wiadomości ze zrozumieniem przedmiotu jest dla nieobeznanego z chemią ogólną i właściwemi jej manipulacyami, także rzeczą niemożliwą; analiza bowiem chemiczna polega w zupełności na własnościach ciał, które przeto trzeba znać dokładnie, nadto zaś posługuje się tak trudnemi i licznemi manipulacyami, że przedstawia sama dla siebie przedmiot bardzo rozległy. Dla nieobeznanego więc z chemią ogólną analiza chemiczno-lekarska ograniczyć się musi do kilku zaledwie badań, które na palcach wyliczyć można. Oznaczenie obecności białka, cukru, kwasu solnego, ocenienie okiem zwiększenia lub zmniejszenia się ilości chlorków i fosforanów, kilka innych drobnych spostrzeżeń, oto już może wszystko, co pozostanie. Pozostało zaś tyle, że zakonnica szpitalna lub posługacz po pewnym czasie służby zastąpić mogą lekarza w tych badaniach. Tym, którzy na tak ograniczonych wiadomościach poprzestać nie chcą, chciałbym dać kilka wskazówek i podać podręczniki, według których mogą pracować z korzyścią.

Aczkolwiek powtórzyć muszę to, co wyżej powiedziałem, że analizy chemiczno-lekarskiej w obszerniejszem słowa tego znaczeniu bez należytych podstaw traktować nie podobna, to z drugiej strony uznać muszę, że również niepodobną byłoby rzeczą, aby każdy pragnący pewnych wiadomości chemicznych ze względu na swą praktykę, poświęcał drogi czas na gruntowną i długą pracę w zakresie chemii ogólnej. Musi się więc koniecznie znaleźć jako tako znośny punkt wyjścia. Między lekarzami odróżnić więc trzeba takich, którzy dla praktyki li tylko z analizą obeznać się pragną, od tych, co chcą traktować chemię lekarską jako umiejętność potrzebną do poważniejszych celów naukowo-klinicznych. Pierwsi znajdą po drodze bardzo wielkie często trudności i wątpliwości a praca ich musi pozostać powierzchowną, bez naukowego zrozumienia przedmiotu i manipulacyj chemicznych. Przyczyną zaś tego jest sama natura przedmiotu stanowiącego jednolitą, nierozerwalną całość. Pomimo tego praca ich nie pozostanie bez korzyści dla kliniki, szpitala lub praktyki prywatnej, bo aczkolwiek pozbawiona podstaw naukowych, drogą więcej mechaniczną doprowadzić często może do wyników mających ważny wpływ na rozpoznanie i leczenie choroby.

Jako ułatwienie i pomoc w tej pracy polecić można jedyne w swoim rodzaju a przed paru zaledwie miesiącami wydane dziełko, pióra Salkowskiego, profesora chemii lekarskiej w Berlinie, pod tytułem: *Practicum der physiologischen und pathologischen Chemie.* Dziełko to liczy 314 stron druku w 8-ce, jest napisane, o ile można, przystępnie i zawiera w sobie prawie wszystko to, co może być potrzebne klinikom. Przy pomocy tego dziełka i wskazówek praktycznych i teoretycznych chętnego dyrektora pracowni można w kilku miesiącach zapoznać się z najpotrzebniejszemi manipulacyami chemicznemi i można wykonywać analizy dla praktycznego lekarza potrzebne. Powtarzam jednak, że ta praca pozostać musi mechaniczną i często bez zrozumienia przedmiotu.

Dla tych, którzy chcą chemię lekarską traktować choćby trochę obszerniej i umiejętniej, droga ta byłaby nie wystarczającą a przebywanie w laboratoryum nad jakąkolwiek pracą chemiczno-lekarską czasem straconym. Jeśli mają być owoce z pracy, to praca sama musi być systematyczna, gruntowna. Składać się mianowicie powinna z części praktycznej i teoretycznej. Co się tyczy pierwszej, to na zawsze pozostanie jedyną drogą praca w laboratoryum, praca systematyczna i dokładna. Zacząć należy od analizy jakościowej

ciał prostych i złożonych. Następnie przejść trzeba do analizy ilościowej wagowej i miareczkowej. Potem nastąpią spalania czyli analiza elementarna ciał organicznych połączona z oznaczeniem wielkości molekularnych. Podczas tego dla ćwiczenia wykonywać trzeba syntezy ciał nieorganicznych i organicznych. Po przejściu tych szczebli można podjąć się z korzyścią jakichkolwiek badań i pracy wchodzącej w zakres chemii lekarskiej.

Pozwolę sobie przytoczyć podręczniki, które dla głównych prac w laboratoryum są konieczne a zarazem wystarczające: *Podręcznik do analizy jakościowej Dra Juliana Schramma. Handbuch der quantitativen Analyse von Dr. Alex. Classen.* Co się tyczy teoretycznego studyum chemii lekarskiej, to je poprzedzić musi nauka chemii organicznej. Dziś jest ona ułatwioną przez ukazanie się podręcznika Dra Weyla: *Lehrbuch der organischen Chemie für Mediciner.* Z podręczników chemii lekarskiej polecić można nowe dzieło wydane przez profesora Hammerstena w Upsali: *Lehrbuch der physiologischen Chemie.* Tłómaczenia na język niemiecki dokonał sam autor. Książka ta ma tę zaletę, że łączy w sobie studyum chemii lekarskiej teoretycznej z dokładnemi wskazówkami do ćwiczeń praktycznych w laboratoryum.

Pragnąłbym, aby tych kilka uwag wynikłych z własnego i innych doświadczenia, znalazło uznanie w gronie uczących się i wpłynęło korzystnie na plan przedsięwziętych lub rozpoczętych nauk.

VII. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Komitet jeneralny IX. międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie zawiadamia, że wskutek zmiany terminu otwarcia Zjazdu, artykuły I. i II. regulaminu ulegają następującej zmianie:

I) Zjazd XI. międzynarodowy będzie otwarty w Rzymie 29. marca 1894 r. a zamknięty 5. kwietnia 1894 r.

II) Referaty mające być przedstawione na kongresie muszą być zapowiedziane do 31. stycznia 1894. Z tytułem przesłać należy do jeneralnego sekretarza krótki wyciąg i wnioski z każdego referatu; te wnioski będą wydrukowane kosztem biura i rozdane członkom Zjazdu.

Referaty zapowiedziane po 30. czerwca 1893 r. będą zaznaczone w programie tymczasowym gwiazdką. Tamże będą umieszczone tytuły referatów dawniej zapowiedzianych, których tekst ogłosiły pisma naukowe po odwołaniu terminu Zjazdu.

Towarzystwa kolejowe zgodziły się na to, iżby upusty przyznane członkom Zjazdu były ważne na czas od 1. marca do 30. kwietnia 1894 r.

Karty legitymacyjne prześle Sekretaryat główny każdemu członkowi wprost przed 15. lutego 1894 r. Osoby do tego czasu nie zapisane mogą się zgłaszać do Komitetów miejscowych.

Pierwsze wydanie tymczasowego programu, zawierające wszystkie szczegóły odnoszące się do Zjazdu i listę referatów zapowiedzianych do 15. listopada wyjdzie z druku.

Nadto zwraca się uwagę członków Zjazdu na następujące paragrafy regulaminu:

§ 2. W pracach kongresu będą mogli brać udział wszyscy lekarze, którzy dostali karty uczestnictwa.

§ 3. Doktorowie innych Wydziałów również będą mogli korzystać z praw uczestnictwa w zapowiadaniu odczytów lub w dyskusyi.

§ 4. Taksa za uczestnictwo wynosi 25 franków i daje prawo do egzemplarza sprawozdania Zjazdu, które będzie rozesłane zaraz po wyjściu z druku.

§ 17. Osoby interesujące się pracami pewnej sekcyi a nie wymienione w § 3., dostaną za złożeniem należytości równej, jak i członkowie Zjazdu, osobną kartę od przewodniczącego Zjazdu, dającą im także prawo do egzemplarza Sprawozdania; głosu jednak ani w ogólnych, ani w sekcyjnych posiedzeniach zabierać nie mogą.

§ 18. Studenci medycyny mogą być obecni jako zwykli słuchacze za okazaniem osobnych kart, rozdawanych bez taksy przez Przewodniczącego.

Członkowie Zjazdu mogą dostać w biurze Sekretaryatu głównego kart podróży dla żon i członków dorosłych rodziny. Za wpisanie ich należy się taksa po 10 franków.

Wszelkie opłaty uiszczać należy przekazem lub czekiem na ręce skarbnika prof. Paglianiego (Ministeryum spraw wewn. w Rzymie).

Wszystkich, którzy chcą brać udział w Zjeździe, uprasza się o jak najwcześniejsze zgłaszanie się do *jeneralnego Sekretarza XI. Zjazdu międzynarodowego w Genui.*

— W dniu 26. listopada przypadała 400. rocznica urodzin Paracelsa czyli właściwie Teofrasta z Hohenheimu, jednego z najznakomitszych bez wątpienia lekarzy na końcu wieków średnich, który jako profesor pierwszy zaniechał łaciny w swych wykładach, uprościł przepisywanie leków, nauczył badać i postrzegać objawy chorobowe i pierwszy uznał jedność i nierozdzielność medycyny wewnętrznej i chirurgii.

— Berlińskie kasy wsparcia chorych, reprezentujące przeszło 300000 osób pracujących, niezadowolnione ze szpitala publicznego Charité, jego urządzeń, leczenia i obchodzenia się w nim z chorymi, wyznaczyły komisyą, która przedstawiła dyrekcyi tego szpitala cały szereg żądań, oświadczając, iż w razie ich niespełnienia ze szpitala owego wcale korzystać nie będą. Żądania te tyczą się między innemi opuszczenia ubikacyj pod względem higienicznym szkodliwych, poprawienia wentylacyj i ogrzewania, dania lepszej służby szpitalnej, przyjacielskiego traktowania chorych, usunięcia karności wojskowej i tonu koszarowego, zaprowadzenia lepszego wiktu, rychlejszego niż teraz wykonywania poleceń lekarskich, zupełnej swobody chorych pod względem służenia do wykładów i demonstracyj, bezwarunkowej wolności wstępu do szpitala dla przełożonych kas wsparcia i robotniczych komisyj kontrolujących. — Dla nowej Charité żądają kasy wsparcia traktowania chorych wenerycznych zupełnie na równi z innymi chorymi, oddzielenia chorych przez policyę dostawionych, wykonywania operacyj ze wszystkiemi ostrożnościami przez dzisiejsze stanowisko nauki wskazanemi i z użyciem wszelkich środków do kojenia bólu podczas operacyj.

Jak sama *Berl. klin. Wochschr.* oświadcza, nie ma wątpliwości, że między temi żądaniami są niektóre nawet bardzo słuszne, ale również i to pewna, że znajdują się między niemi i takie, na które, jak n. p. swobodę przenoszenia się chorych wenerycznych, wolność służenia lub niesłużenia do celów klinicznych i w ogólności naukowych, przystęp osób obcych, jak owych przełożonych kas wsparcia, w każdej chwili wolny do szpitala, nigdy ze stanowiska lekarskiego zgodzić się nie będzie można.

— Rozporządzenie sułtańskie nadaje prawo do praktyki lekarskiej w Turcyi kobietom.

— Jak donosi *Medycyna*, wyjdzie w roku przyszłym w polskim przekładzie jednego z współpracowników tego pisma dzieło F. Wesenera *Medicinisch-klinische Diagnostik.*

— Znany przemysłowiec, obywatel szwedzki Alfred Nobel ofiarował na rzecz zakładu dla medycyny doświadczalnej w Petersburgu 10000 rubli.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Londynie Dr. Clay, który w roku 1842 wykonał pierwszą owaryotomią. W Warszawie w dniu 9. b. m. Dr. Mikołaj Jaxa Bykowski w 74. roku życia. W Samarze starszy lekarz tamecznego szpitala gubernialnego ziemskiego Dr. Antoni Kulesza, urodzony w Grodnie, w 59. roku życia.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego d. 6. b. m. złożyli na ręce prezesa kwotę 26 złr. na przewiezienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego koledzy: prof. Dr. Jakubowski 5 złr., prof. Bujwid 2 złr., Dr. Buszek 2 złr., Dr. Szymkiewicz 2 złr., Dr. Murdzieński 2 złr. a Drowie Ściborowski, Świątek, Zanietowski, doc. Sroczyński, doc. Trzebicky, Beck,

Słapa, Marcisiewicz, prof. Rosner, prof. Rydel, prof. Jordan, prof. Browicz, Rościszewski po jednym złr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 20 go grudnia b. r. o godzinie 6 tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: Wybory urzędników Tow. na rok następny.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

DIURETIN-KNOLL Znakomity środek moczopędny, zalecony przez prof. Schrödera (Heidelb.) i prof. Grama (Kopenh.). Wskazany w puchlinie z powodu chorób serca i nerek, skuteczny nawet w przypadkach, gdzie digitalis i strophantus bez wpływu. Przewyższa kalomel zupełną nieszkodliwością.

Z najlepszym skutkiem stosują go:
Dr. A. Hoffmann (klin. prof. Erba w Heidelb.),
Dr. Koritschoner (kl. prof. Schröttera w Wiedniu),
Dr. Pfeiffer (kl. prof. Draschego w Wiedniu),
Dr. E. Frank (klin. prof. Jakscha w Pradze) i w. i.

CODEIN-KNOLL Łagodne narcoticum Brak przyzwyczaj. Najlepszy środek zastępujący morfinę. Znakomicie działa przeciw kaszlowi, niezbędny dla suchotników. Zalecany w leczeniu zatrucia morfinowego. Dawka trzykrotna morfiny.

Broszury na usługi. 5—26—17

Knoll et Co., Chem. Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

Izba lekarska w Krakowie.

Odezwa.

Powołując się na § 2 ustawy z dnia 2. grudnia 1893. o zaprowadzeniu Izb lekarskich opiewający: **„Każdy lekarz,** *do wykonywania praktyki lekarskiej uprawniony, z wyjątkiem osób w § 15 wzmiankowanych, o ile wyraźnie nie zrzecze się wykonywania praktyki, podlega postanowieniom ustawy niniejszej,* **winien zgłosić się do Izby lekarskiej,** *w której okręgu ma stałą siedzibę, uwiadamiać ją o zmianie mieszkania w przeciągu dni 14"*, wzywam niniejszem uprzejmie wszystkich P. T. lekarzy, w okręgu Izby lekarskiej krakowskiej stałą siedzibę mających a w szczególności P. T. lekarzy zamieszkałych w mieście Krakowie i w 31 powiatach politycznych Galicyi zachodniej, aby najpóźniej do końca b. r. zgłosili się do Izby lekarskiej.

Zgłoszenie to należy uskutecznić pisemnie, przesyłając rodowód obejmujący następujące szczegóły:

Rodowód:

1) Imię i nazwisko.
2) Miejsce i data urodzenia.
3) Wyznanie i stan.
4) Stopień naukowy z podaniem Uniwersytetu i daty otrzymania dyplomu.
5) Miejsce stałego pobytu i przynależności do gminy.
6) Miejsce czasowego pobytu (lekarz zdrojowy).
7) Podanie wyłącznej lub przeważnej gałęzi specyalnej zawodu (internista, chirurg, ginekolog, okulista...).
8) Zajmowane posady stałe: rządowe, krajowe lub prywatne z podaniem wysokości rocznej płacy (profesor Uniwersytetu, prymaryusz szpitala, lekarz miejski...).
9) Godności i urzędy honorowe (burmistrz, radca miejski...).
10) Odznaczenia honorowe (tytuły rządowe i odznaczenia autonomiczne...).

Data i podpis własnoręczny.

Rodowód w sposób powyższy na półarkuszu zestawiony należy przesłać na ręce podpisanego prezesa Izby lekarskiej w Krakowie (Podwale, Nr. 10).

Kraków dnia 16. grudnia 1893 r.

Prezes Izby lek. w Krakowie
Prof. Dr. Jakubowski.

LANOLINUM PURISS. LIEBREICH

6—10—13 Pharm. Austr. Ed. VII.

Jedyna zupełnie przeciwgnilna podstawa do maści, nie podlegająca zjełczeniu. Dokładnie się miesza z wodą i wodn. roztworami soli.

Do nabycia w wszystkich Drogueryjach Austro-Węgier. | **Benno Jaffé & Darmstaedter.** Martinikenfelde bei Berlin.

Zestawienie literatury o lanolinie rozsyła się na życzenie franko.

L. 1093.

KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 1. grudnia b. r. L. 63,215/893 rozpisuje się konkurs na posadę **prosektora** przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr. w. a. z prawem do 3 pięcioletnich dodatków po 200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;
b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya w dziale patologicznej anatomii i naukowe prace w tym kierunku dokonane;
c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 15. stycznia 1894 r. włącznie na ręce Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Lwów, dnia 7. grudnia 1893 r.

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego:

140—4—1 *Dr. Głowacki.*

Kąpiele borowinowe w domu



Wygodne środki do urządzania

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Od wielu lat wypróbowane w: Metritis, Endometritis, Oophorits, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawnicowych i w celu ułatwienia wessania wypocin.

Henryk Mattoni Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

Nabyć można we wszystkich aptekach, drogeryjach i składach wód mineralnych.

W Niemczech nie ulegają wyciągi borowinowe ocleniu.

Paczka { do Niemiec 50 fen. / do Austryi 30 cnt. } porto zawiera 4 skrzyneczki po 1 kilo soli borowinowéj. 1—21—20

Już wyszedł z druku

KALENDARZ LEKARSKI KRAKOWSKI na rok 1894.

ułożony z polecenia Tow. lekarskiego krakowskiego przez

Dra MURDZIEŃSKIEGO.

Treść: 134—x—4

Kalendarz kościelny.

Podręcznik terapeutyczny ułożony przy współpracownictwie Dra Marcisiewicza, prof. Dra Marsa, Dra Murdzieńskiego, prof. Dra Pieniążka, Dra Sokołowskiego, Dra Surzyckiego, doc. Dra Trzebickiego a w roku bieżącym znacznie rozszerzony.

Nowe leki tak jak w r. z. a obecnie dopełnione przybytkami w ciągu roku ogłoszonemi.

Ważniejsze krajowe i zagraniczne zakłady zdroj. kąpielowe, oraz nadzwyczaj praktycznie ułożony *Wybór najodpowiedniejszych zdrojowisk do leczenia poszczególnych chorób* przez Dra M. Zieleniewskiego, również znacznie w r. b. rozszerzony. *Sztuczne kąpiele. Wskazówki dotyczące dawek środków lek. Rozbiór moczu* przez Dra Opieńskiego. *Uwagi o świadectwach lekarskich, sądowych oględzinach i sekcyach zwłok* przez Dra Schaittera. *Naczelne władze sanitarne. Izby lekarskie. Służba zdrowia w Galicyi. Alfabetyczny spis lekarzy i chirurgów. Przepisy pocztowe i telegraficzne.*

Rocznik ten ozdobiony jest wybornie wykonanym portretem prof. Dra L. Teichmanna.

Zamiast notatek oprawianych zwykle razem z częścią naukowo-informacyjną, podzielone są notatki na 4 kwartały (w osobnych książeczkach), które przytwierdzać można kolejno do gustownie oprawionego kalendarzyka. Prócz tego wskutek żądania Kolegów dodany arkusz czystego papieru na odpowiednie notatki.

Cena 1 złr. 60 ct., z przesyłką 1 złr. 70 ct.

Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

Andrzej Saxlehner, Budapeszt, c. i k. dostawca nadw.

»Hunyadi János«

Saxlehnera Woda Gorzka

— Uznana. — Pewna. —

Zalety Saxlehnera wody Hunyadi János według orzeczenia powag lekarskich:

szybkie, pewne, łagodne działanie.

Nawet po dłuższem stosowaniu znakomicie ją znosi przewód pokarmowy. — Łagodny, przyjemny smak. — Trwałe, jednostajne i nieustające działanie. — Mała dawka.

Celem uchronienia od w błąd wprowadzającego naśladowania należy żądać 4—32—41

»Saxlehnera wody gorzkiej«.

RADLAUERA SOMNAL

w postaci płynnej najskuteczniejszy i najnieszkodliwszy środek nasenny bez szkodliwego wpływu nawet po dłuższem używaniu. Dawka ½ do 1 łyżeczki od kawy w mleku lub piwie. 10 gramów = 60 centymów.

Radlauera antynerwina w proszku

przez powagi wypróbowane antineuralgicum i antinervinum szczególnie w gośćcu, nerwoból., dnie, migrenie, influenzy i febrze typowej. Dawka ½ gr. 4 razy dzień. 3 razy tańszy od antypiryny. 10 gr. = 60 centymów. Obydwa środki stósowano ze skutkiem w klinikach prof. Senatora, prof. Eulenburga, prof. Mendla, prof. Littena, prof. Zülzera.

Jed. fabr.: Radlauer's Kronen Apotheke. Berlin W. Friedrichstrasse 160.

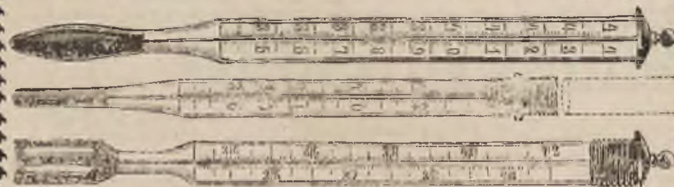
Składy w aptekach. 141—6—1

Dr. Aleks. Ostrowicz

ordynuje jak w latach poprzednich 99—52—30

w lecie w **Landek**, Villa Ostrowicz, w zimie w **San Remo**, Via Roma.

Ewald Hildebrand, dost. wojsk. HALLE n. S.



Nr. 640 Termometr maksymalny minutowy i
Nr. 675 „ „ dla szpitali.

1 szt.	½ tuz.	1 tuz.	3 tuz.	6 tuz	100 szt.
2 m.	9 m.	15 m.	40 m.	75 m	100 m.

Odsyła opłatnie do domu. Uszkodzenia wynagradza.

Pochwały minist. wojny. 122—4—4

Za urzędowe świadectwa państw. po 75 fen. za sztukę.

Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. L. 533.

Do Wielmożnego Pana

Mag. farm. Maryana Zahradnika *w Złoczowie.*

Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zawiadomiona pismem Wgo Pana z d. 8. czerwca 1893 r. o wyrabianiu w fabryce kapsułek leczniczych „Hygea“ także kapsułek z węglanem kreozotowym, poddała kapsułki te a mianowicie zawierające w sobie po 0·10, 0·20, 0·30 i 0·50 węglanu kreosotowego, jak niemniej kapsułki zawierające po 0·10 węglanu kreozotowego i 0·20 morrhuolu ścisłemu badaniu. Badanie to wykazało tak należytą czystość użytych leków, jakoteż bardzo staranne wykonanie kapsułek i rychłą rozpuszczalność w soku żołądkowym.

To też Towarzystwo lekarskie krak. w myśl uchwały powziętej na posiedzeniu w dniu 22. b. m. na wniosek swej Komisyi przemysłowo-lekarskiej orzekło, że kapsułki z węglanem kreozotowym z laboratoryum chemiczno farmaceutycznego „Hygea“ w Złoczowie czynią w zupełności zadość wszelkim wymogom techniki farmaceutycznej i zasługują na wszechstronne polecenie w przypadkach, w których wskazane jest używanie węglanu kreozotowego.

Tem samem przysługuje Wielmożnemu Panu prawo używania na swych wyrobach kapsułek z węglanem kreozotowym napisu „polecone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie“, tak samo, jak to do innych kapsułek i perełek leczniczych wyrobu Wgo Pana przyznane zostało przez Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwałami poprzedniemi z dnia 4. grudnia 1888. L. 323, z dnia 12. lipca 1890. L. 352 i z dnia 10. kwietnia L. 384.

Towarzystwo lekarskie krakowskie stwierdzając ponownie, że wyroby laboratoryum chemiczno-farmaceutycznego „Hygea“ czynią prawdziwy zaszczyt krajowemu przemysłowi aptekarskiemu, zachęca równocześnie Wielmożnego Pana, ażeby starał się o dalszy rozwój swej pracowni i rozpowszechnienie swych wyrobów poza granicami kraju.

Kraków dnia 23. listopada 1893 r. 139—1—1

Wiceprezes Tow. lek. krak. **Doc. Dr. Rudolf Trzebicky.**

Prezes Komisyi przem.-lek. **Prof. Dr. Edward Korczyński.**

Sekretarz Komisyi przem.-lek. **Dr. Michał Śliwiński.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.